

# **DISKRESI DALAM IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PUBLIK**

(Studi pada Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen  
Kabupaten Malang)

Tesis



Oleh :

Gatu Adie Pradana

126030101111005

**PROGRAM PASCASARJANA  
FAKULTAS ILMU ADMINISTRASI  
UNIVERSITAS BRAWIJAYA  
2016**

## Lembar Pengesahan

## TESIS

## DISKRESI DALAM IMPLEMENTASI KEBIJAKAN PUBLIK

(Studi pada Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen)

Oleh :

GATU ADIE PRADANA

NIM 126030101111005

telah dipertahankan di depan penguji

pada tanggal 20 Juni 2016

dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Pembimbing

Ketua

Dr. Sarwono, MS

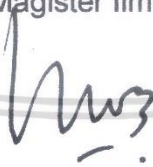
NIP. 19570909 198403 1 002

Anggota

Dr. Irwan Noor, MA

NIP. 19611024 198601 1 002

Ketua Program Studi Magister Ilmu Administrasi Publik

Dr. Irwan Noor, MA

NIP. 19611024 198601 1 002

Mengetahui,

Dekan Fakultas Ilmu Administrasi

Universitas Brawijaya

Prof. Dr. Bambang Supriyono, MS

NIP. 19610905 198601 1 002



## PERNYATAAN ORISINALITAS TESIS

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa sepanjang pengetahuan saya, di dalam Naskah TESIS ini tidak terdapat karya ilmiah yang pernah diajukan oleh lain untuk memperoleh gelar akademik di suatu Perguruan Tinggi, dan tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis dikutip dalam naskah ini dan disebutkan dalam sumber kutipan dan daftar pustaka.

Apabila ternyata di dalam naskah TESIS ini dapat dibuktikan terdapat unsur-unsur PLAGIASI, saya bersedia TESIS ini digugurkan dan gelar akademik yang telah saya peroleh (MAGISTER) dibatalkan, serta diproses sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (UU No. 20 Tahun 2003, Pasal 25 Ayat 2 dan Pasal 70).

Malang, 20 Juni 2016

Mahasiswa,



Nama : Gatu Adie Pradana

NIM : 126030101111005

PS : Magister Ilmu

Administrasi Publik

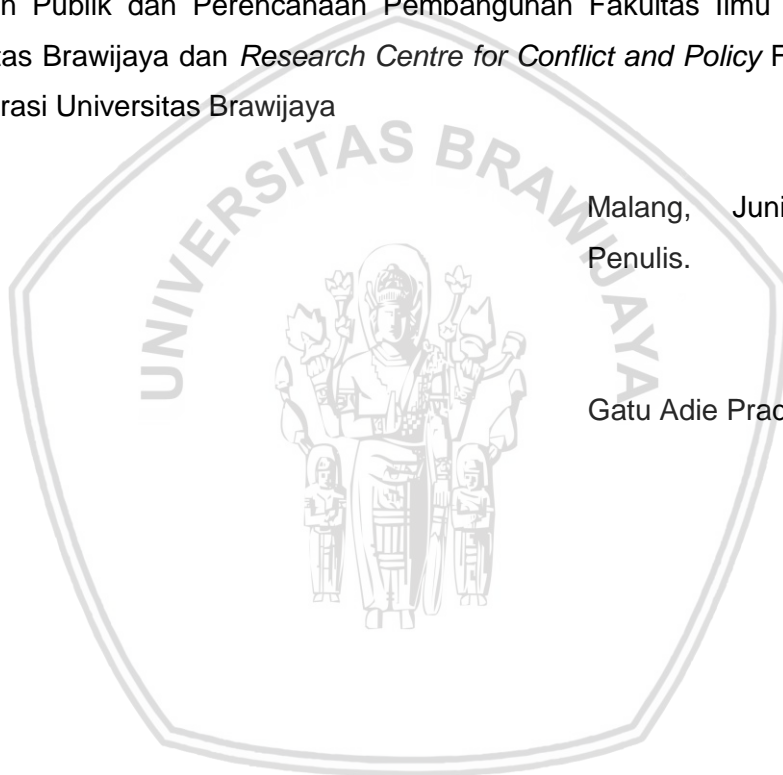
## RIWAYAT HIDUP

Gatu Adie Pradana lahir di Balikpapan, 4 Juni 1987. Jenjang pendidikan ditempuh mulai dari pendidikan dasar s/d SMA di Kota Balikpapan dan Kota Malang, selanjutnya melanjutkan studi S1 di Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya pada Tahun 2005 dan melanjutkan studi Magister di Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya dengan minat kebijakan publik. Saat ini penulis aktif sebagai peneliti pada Laboratorium Kebijakan Publik dan Perencanaan Pembangunan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya dan *Research Centre for Conflict and Policy* Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya

Malang, Juni 2016

Penulis.

Gatu Adie Pradana





## UCAPAN TERIMA KASIH

Atas terselesainya tesis ini, peneliti ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Allah SWT, atas limpahan rahmat dan nikmat serta kemudahan kepada peneliti.
2. Kedua orang tua, Suyudi dan Lilik Srihati dan kakak, Merlina Rachmawaty, S.Si atas dukungan moril dan materi saat masa studi peneliti
3. Istri tercinta Sinta Swastikawara, S.Ikom, M.Ikom dan putra pertama peneliti Mustafa Prawira Ramadhan atas segala pengorbanan dan dukungan kepada peneliti.
4. Bapak Prof. Bambang Supriono, M.Si selaku Dekan Fakultas Ilmu Administrasi Universitas Brawijaya
5. Bapak Dr. Sarwono, MS dan Bapak Dr. Irwan Noor, MA selaku dosen pembimbing
6. Ibu Dr. Ratih Nurpratiwi, M.Si dan Bapak Dr. Mohammad Nuh, S.IP, M.Si selaku dosen penguji
7. Bapak dan Ibu Dosen Fakultas Ilmu Administrasi yang bersedia menjadi teman berdiskusi dalam rangka penyempurnaan tesis ini.
8. Kepala Puskesmas Kepanjen, seluruh staf, dan tenaga medis di Puskesmas Kepanjen atas kerjasamanya.

## RINGKASAN

Gatu Adie Pradana. 2016. Diskresi dalam Implementasi Kebijakan Publik (Studi pada implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen Kabupaten Malang). Dr. Sarwono, MS, Dr. Irwan Noor, MA

Diskresi yang terjadi pada tingkatan paling bawah implementasi sebuah kebijakan menandakan masih terdapat gap antara strategi kebijakan dengan keberagaman permasalahan yang ada di lapangan. Kebijakan BPJS-Kesehatan sebagai kebijakan top-down, memposisikan puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan, khususnya di Puskesmas Kepanjen kabupaten malang. permasalahan yang diangkat dalam penelitian ini adalah bagaimana pola diskresi yang terjadi dan pengaruhnya terhadap implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. penelitian ini menggunakan metode deskriptif kualitatif dengan memfokuskan kepada 1) pembatasan terhadap akses dan permintaan 2) ketidakadilan administrasi 3) pengaturan pengguna layanan dan situasi kerja dan 4) upaya mempengaruhi mentalitas pengguna layanan. Penelitian ini mengungkap bahwa tidak terjadi diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen, hal tersebut disebabkan norma profesi yang dipegang teguh oleh birokrat level bawah dan desain pelayanan kesehatan yang sederhana. Diskresi terjadi pada tingkatan manajerial, yaitu perubahan pola komunikasi dan koordinasi oleh Kantor BPJS-Kesehatan, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, dan Puskesmas Kepanjen. secara teoritis, pola diskresi menurut Michael Lipsky tidak terjadi pada Implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. terdapat beberapa langkah yang dapat ditempuh untuk mengatasi diskresi tersebut. Pertama dengan perubahan sistem kapitasi, penguatan dan pemusatan database BPJS-Kesehatan, adanya peraturan agar puskesmas dapat mengelola anggaran secara mandiri.

Kata kunci : BPJS-Kesehatan, diskresi, implementasi kebijakan

## SUMMARY

Discretion that occur at the lowest level of implementation of a policy indicates there is still a gap between the policy strategy with the diversity of the existing problems. BPJS-Kesehatan Policy as a top-down policy, health center position as the spearhead of health services, especially in health centers Kepanjen poor districts. issues raised in this research is how the pattern of discretion occurs and its impact on policy implementation in the clinic BPJS-Health Kepanjen. This study used descriptive qualitative method by focusing on 1) the restrictions on access and request 2) administrative injustice 3) the service user settings and work situation, and 4) an effort to influence the mentality of users of the service. The study revealed that there was no discretion committed by lower level bureaucrats Kepanjen health center, it was because the norm of the profession are upheld by lower level bureaucrats and simple design of health services. Discretion occur at managerial levels, the changing patterns of communication and coordination by the Office of BPJS-Kesehatan, Public Health Service of Malang Regency and Puskesmas Kepanjen. theoretically, the pattern of discretion by Michael Lipsky did not occur in the implementation of BPJS-Kesehatan policies at the Puskesmas Kepanjen. There are several steps that can be taken to overcome such discretion. First the capitation system changes, strengthening and centralizing the BPJS-Kesehatan database, the regulations that health centers can manage a budget independently.

Keywords : BPJS-Kesehatan, discretion, policy implementation

## KATA PENGANTAR

Aktor pelaksana kebijakan sering kali mendapatkan porsi perhatian yang sedikit dalam sebuah mekanisme implementasi kebijakan publik. Banyak teori dan konsep yang mengedepankan aspek sistem, aspek kelembagaan, aspek koordinasi, aspek sumber daya, dan aspek lainnya sebagai pemegang peranan penting dalam keberhasilan implementasi sebuah kebijakan. Oleh karena itu melalui karya ilmiah ini, peneliti ingin mengangkat dan memberikan porsi perhatian yang lebih kepada aktor pelaksana kebijakan sebagai salah satu aspek yang berpengaruh cukup besar terhadap keberhasilan implementasi sebuah kebijakan.

Kebijakan BPJS-Kesehatan peneliti pilih menjadi studi kasus dalam penelitian ini disebabkan karena seperti pelayanan publik dasar lainnya, keberhasilan pelayanan kesehatan (dalam hal ini kebijakan BPJS-Kesehatan) sangat ditentukan oleh aktor pelaksananya (dokter, tenaga medis, dll). Oleh karena itu melalui karya ilmiah ini peneliti mengharapkan dapat menjadi sebuah penguat paradigma kebijakan *bottom up*.

Malang, Juni 2016

Peneliti



## DAFTAR ISI

<b>RINGKASAN .....</b>	<b>i</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>ii</b>
<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>iv</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>vi</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>vii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
<b>BAB II LANDASAN TEORI .....</b>	<b>9</b>
2.1 Kebijakan Publik.....	9
2.2 Implementasi Kebijakan Publik.....	13
2.3 Diskresi.....	20
2.4 Hubungan Antara Implementasi Kebijakan Publik dengan <i>Street Level Bureaucracy</i> .....	39
<b>BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN .....</b>	<b>55</b>
<b>BAB IV METODOLOGI PENELITIAN .....</b>	<b>57</b>
4.1 Jenis Penelitian .....	57
4.2 Informan .....	57
4.3 Sumber data.....	57
4.4 Fokus Penelitian .....	58
4.5 Lokasi Penelitian .....	58
4.6 Metode Pengumpulan Data .....	59
4.7 Metode Analisis Data.....	59
<b>BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>62</b>
5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	62
5.2 Hasil Fokus Penelitian .....	66
5.3 Analisis Data.....	84
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>103</b>
6.1 Kesimpulan.....	103

6.2 Saran.....	104
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>	<b>107</b>



## DAFTAR GAMBAR

Gambar. 1 Tahapan Dalam Proses Pembuatan Kebijakan Publik .....	11
Gambar. 2 Model implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn .....	17
Gambar. 3 Kerangka konsep penelitian .....	55
Gambar. 4 Alur dalam analisis data .....	60
Gambar. 5 Struktur organisasi Puskesmas Kepanjen .....	65
Gambar. 6 Posisi Puskesmas Kepanjen dalam struktur Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan .....	73
Gambar. 7 Pola koordinasi antara Puskesmas Kepanjen dengan Kantor BPJS- Kesehatan berdasarkan fakta .....	74
Gambar. 8 Alur pelayanan kebijakan BPJS-Kesehatan Puskesmas Kepanjen ..	90
Gambar. 9 Analisis skema keuangan Kebijakan BPJS-Kesehatan menurut peneliti .....	98
Gambar 10. Skema penggunaan database BPJS-Kesehatan oleh stakeholders .....	100

## DAFTAR TABEL

Tabel 1. Sumber daya manusia di Puskesmas Kepanjen .....	63
Tabel 2. Jumlah peserta BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen.....	65





## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan salah satu hak asasi manusia dan hak dasar bagi warga negara, hal tersebut menandakan bahwa seluruh warga negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Kesehatan merupakan salah satu *public domain*, oleh karena itu kesehatan menjadi aspek yang strategis sehingga negara harus bertanggung jawab mengatur aspek kesehatan. Untuk dapat menyelenggarakan pelayanan kesehatan, kebijakan kesehatan yang efektif dan efisien harus dirumuskan.

Salah satu kebijakan kesehatan dari pemerintah adalah Jaminan Kesehatan Nasional. Kebijakan ini bertujuan agar seluruh masyarakat dapat menerima pelayanan kesehatan yang merata dan adil dengan menggunakan sistem premi seperti pada asuransi kesehatan pada umumnya. Salah satu bentuk implementasi kebijakan ini adalah melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang selanjutnya disebut BPJS-Kesehatan. BPJS-Kesehatan menjamin setiap masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan dengan sistem premi. Sesuai dengan manual pelaksanaan BPJS-Kesehatan, puskesmas dan klinik yang tergolong ke dalam fasilitas kesehatan tingkat satu adalah fasilitas kesehatan pertama yang harus masyarakat gunakan untuk menerima pelayanan kesehatan. Manual pelaksanaan BPJS-Kesehatan menjabarkan bahwa fasilitas kesehatan tingkat satu yang ada di daerahnya harus dipilih salah satu oleh masyarakat (antara puskesmas atau klinik) yang kemudian akan tercantum di dalam kartu BPJS yang diterima.

Kebijakan BPJS tersebut menunjukkan bahwa puskesmas menjadi fasilitas kesehatan tingkat pertama yang harus dijangkau oleh masyarakat. Hal tersebut sesuai dengan pengertian Puskesmas menurut Widaningrum (2007), yaitu "*The Puskesmas, an Indonesian acronym for (community) health center is at the forefront of government's effort in ensuring universal access to health service*". Berdasarkan pernyataan tersebut maka puskesmas adalah ujung tombak pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan, oleh karena itu kualitas Puskesmas harus terus ditingkatkan tidak hanya jumlah

dokter, jumlah tenaga paramedis, dan kualitas obat, tetapi juga peningkatan kualitas secara menyeluruh.

Berdasarkan mekanisme pelayanan BPJS yang berjenjang tersebut dan adanya keharusan masyarakat memilih fasilitas kesehatan tingkat pertama yang menjadi pusat layanan kesehatan yang akan digunakan, terdapat potensi terjadi permasalahan dalam implementasi kebijakan tersebut. Pertama dengan berjenjangnya pelayanan kesehatan, masyarakat tidak dapat langsung mendapatkan pelayanan kesehatan dari rumah sakit, jika kondisi pasien tidak mampu mengunjungi faskes tingkat pertama disebabkan sakit yang memang tidak mampu membuat pasien tersebut untuk bergerak tapi masih belum dalam kondisi gawat / kritis untuk mendapatkan rujukan ke rumah sakit sedangkan jarak pasien ke rumah sakit dekat tentunya hal ini akan menimbulkan masalah. Kedua, penentuan faskes tingkat pertama yang dipilih berarti untuk mendapatkan akses kesehatan, pasien harus menuju faskes yang di pilih. Hal tersebut akan menimbulkan masalah kepada masyarakat yang mempunyai mobilitas tinggi, jika pasien berada di luar kota di mana faskes tingkat pertama terdaftar maka pasien tersebut tidak akan dapat menggunakan pelayanan BPJS.

Berdasarkan pengalaman peneliti dalam mengakses pelayanan BPJS-Kesehatan di beberapa Puskesmas di Kota Malang dan di Kabupaten Malang, peneliti mendapatkan fakta yaitu pada Puskesmas di Kota Malang peneliti ditolak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan peneliti tidak terdaftar di Puskesmas tersebut. Sedangkan pada Puskesmas yang ada di Kabupaten Malang, khususnya di Puskesmas Kepanjen peneliti dapat mengakses pelayanan BPJS-Kesehatan walaupun peneliti tidak terdaftar di Puskesmas tersebut. Fakta di lapangan tersebut sesuai dengan apa yang peneliti sampaikan terkait dengan permasalahan implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan pada paragraf sebelumnya. Tidak fleksibelnya Kebijakan BPJS-Kesehatan menjadi isu utama dalam implementasi kebijakan tersebut.

Fakta tersebut menunjukkan adanya perbedaan tindakan dari petugas Puskesmas dalam mengimplementasikan Kebijakan BPJS-Kesehatan. Implikasi dari tindakan tersebut adalah terhadap alokasi dana BPJS-Kesehatan yang diterima oleh Puskesmas tersebut. Berdasarkan pada petunjuk pelaksanaan Kebijakan BPJS-Kesehatan, faskes tingkat pertama

mendapatkan anggaran sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar di faskes tersebut dan jumlah premi yang dibayarkan oleh peserta. Tentunya tindakan dari petugas Puskesmas tersebut berimplikasi terhadap kondisi keuangan dari masing-masing Puskesmas, setiap peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Puskesmas tersebut dan mengakses pelayanan kesehatan, akan membebani kondisi keuangan Puskesmas tersebut. Sehingga berdasarkan hal tersebut tindakan dari petugas Puskesmas yang menolak tersebut dapat dipahami.

Tindakan dari petugas Puskesmas tersebut dapat digolongkan ke dalam tindakan diskresi. Lipsky (1980) mendefinisikan diskresi sebagai derajat kebebasan dalam menggunakan kewenangan oleh masing-masing individu, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun pelaksanaan kebijakan. Berdasarkan hal tersebut maka peran petugas yang bersentuhan langsung dengan masyarakat sangat besar dalam implementasi kebijakan, mereka berperan dalam tercapainya tujuan kebijakan. Berdasarkan definisi diskresi yang dikemukakan oleh Lipsky tersebut, maka dapat dipahami bahwa diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah dapat menentukan pelaksanaan sebuah kebijakan.

Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan sebuah kebijakan yang bersifat *top-down*, kebijakan tersebut merupakan amanat dari Undang-undang No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Pada undang-undang tersebut pasal 5 ayat 1 disebutkan bahwa Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial harus dibentuk dengan undang-undang. Selanjutnya diperkuat dengan Undang-undang No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, pada undang-undang ini mengatur tentang berdirinya badan yang mengatur mengenai penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan. Berdasarkan alur tersebut dapat dilihat bahwa Kebijakan BPJS-Kesehatan bersifat *top-down*.

Kebijakan yang bersifat *top-down*, aspek diskresi yang terjadi pada implementasi tingkat bawah tidak menjadi faktor yang berpengaruh terhadap keberhasilan implementasi kebijakan. Beberapa ahli menyebutkan beberapa hal yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan, Edward III (1980) menyatakan aspek yang mempengaruhi implementasi adalah komunikasi, sumber daya, disposisi, dan struktur birokrasi. Van Meter dan Van Horn dalam

Subarsono (2005) menyatakan aspek yang berpengaruh terhadap implementasi adalah standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi, karakteristik agen pelaksana, dan kondisi sosial, ekonomi, dan politik. Grindle dalam Subarsono (2005) menyatakan terdapat dua aspek yaitu, aspek variabel isi kebijakan dan lingkungan implementasi di mana masing-masing aspek tersebut dijabarkan menjadi beberapa poin, yaitu :

1. Aspek variabel isi kebijakan
  - a) Terakomodasinya kepentingan target sasaran
  - b) Manfaat yang diterima oleh target sasaran
  - c) Seberapa besar perubahan yang ingin dicapai oleh kebijakan tersebut
  - d) Keefektifitasan program
  - e) Implementor yang jelas
  - f) Sumber daya yang memadai
2. Aspek lingkungan implementasi
  - a) Besarnya kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh aktor
  - b) Karakteristik institusi dan rezim yang berkuasa
  - c) Kepatuhan dan responsivitas target sasaran.

Penjabaran mengenai faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan menurut Edward dan Van Horn dan Van Meter di atas hanya mencakup hal-hal yang bersifat makro/umum saja. sumber daya, disposisi, struktur birokrasi, karakteristik agen pelaksana, serta kondisi sosial, ekonomi, dan politik merupakan faktor makro dalam implementasi kebijakan. Sedangkan Grindle menyatakan beberapa faktor yang lebih spesifik, namun terdapat persamaan dari ketiga pendapat tersebut bahwa birokrat level bawah dipandang bukan merupakan salah faktor yang mempengaruhi implementasi kebijakan.

Mastrofski dalam jurnalnya yang berjudul *Controlling Street Level Police Discretion* yang diterbitkan oleh *The American of Political and Social Science* pada tahun 2004, menjelaskan bahwa kebijakan pengamanan lingkungan yang dilakukan oleh Departemen Kepolisian New York sering kali tidak terlaksana dengan baik disebabkan oleh adanya diskresi dari polisi dalam



memilih masyarakat mana yang akan mereka layani. Mastrofski dalam jurnalnya menjelaskan bahwa dengan pentingnya diskresi yang terjadi dalam implementasi kebijakan, maka harus terdapat sebuah metode atau cara untuk mengukur sejauh mana diskresi dapat ditolerir dalam implementasi sebuah kebijakan. Namun dalam mengukur tingkat diskresi yang dapat ditolerir ditemukan kendala, yaitu ketepatan metodologi yang digunakan masih belum sesuai, kemudian perilaku petugas kepolisian yang sulit di rubah dan cenderung untuk mengambil tindakan yang dapat menguntungkan dirinya.

Riset yang dilakukan oleh Julia Brockmann yang berjudul "*Unbureaucratic Behaviour among Street Level Bureaucrats : The Case of the German State Police* (Review of Public Personnel Administration Journal Volume 36, 2015) berusaha untuk mengungkap faktor-faktor yang berpengaruh terhadap tindakan "*unbureaucratic behaviour*" (tindakan yang dilakukan oleh birokrat level bawah yang tidak sesuai dengan alur birokrasi dan peraturan yang berlaku dalam memberikan pelayanan publik maupun dalam implementasi sebuah kebijakan) yang terjadi pada lembaga Kepolisian Negara Jerman, *unbureaucratic behaviour* ini juga dapat berarti sebagai tindakan diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah. Brockmann (2015) menjelaskan lebih lanjut faktor-faktor tersebut adalah inisiatif, kesiapan melaksanakan strategi, dan akses terhadap sumber daya. Inisiatif digambarkan sebagai upaya untuk keluar dari aturan birokratis yang berlaku oleh birokrat level bawah, birokrat level bawah melakukan improvisasi terhadap peran mereka dan bagaimana mereka menjalankan tugas mereka. Inisiatif ini tidak selalu dimaknai sebagai hal yang negatif, inisiasi birokrat level bawah dapat berupa upaya melakukan tugas dengan lebih efektif dan efisien sesuai dengan karakteristik pekerjaan yang mereka lakukan.

Kesiapan melaksanakan strategi adalah sebagai bentuk kesiapan individu dalam perubahan strategi / perubahan kebijakan yang dilaksanakan oleh lembaga. Brockmann menyatakan semakin siap individu dalam melaksanakan / menyikapi perubahan strategi maka pencapaian tujuan implementasi kebijakan atau pelaksanaan pelayanan publik dapat dicapai dengan baik, sebaliknya jika individu tidak siap dalam menyikapi/melaksanakan perubahan strategi maka pencapaian tujuan kebijakan atau pelayanan publik tidak akan dapat dicapai. Akses terhadap

sumber daya dimaknai sebagai kemudahan birokrat level bawah dalam mengakses sumber daya yang di miliki lembaga yang menunjang mereka dalam melaksanakan tugas.

Hasil dari riset tersebut menunjukkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya diskresi adalah inisiatif dan kesiapan melaksanakan strategi. Ketika birokrat level bawah mengambil inisiatif dalam melakukan diskresi, mereka mengambil risiko yang dapat menjadikan mereka pembangkang oleh organisasi. Berangkat dari hal ini, dapat diasumsikan bahwa individu yang melakukan hal ini telah mengetahui dan mengambil risiko yang ada untuk menunjukkan perhatian mereka terhadap tugas yang mereka emban.

Aspek yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan menurut Sabatier dan Mazmanian dalam Subarsono (2005) adalah kemudahan pengendalian masalah, kemampuan kebijakan untuk merestrukturisasi proses implementasi, dan lingkungan. Berdasarkan berbagai macam aspek yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan menurut para ahli tersebut dapat disimpulkan bahwa aspek yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan dapat di bagi menjadi dua aspek umum, yaitu aspek internal dan aspek eksternal.

Aspek internal meliputi institusi / aktor pelaksana, kebijakan itu sendiri, sumber daya, struktur, dan strategi. Aspek internal merupakan aspek yang berpengaruh secara langsung terhadap implementasi kebijakan, dalam implementasi kebijakan jika aktor pelaksana tidak mampu mengimplementasikan sebuah kebijakan maka kebijakan tersebut tidak dapat dilaksanakan dengan baik. Aspek eksternal meliputi lingkungan, aspek eksternal merupakan aspek yang berpengaruh tidak langsung terhadap implementasi kebijakan, seperti perubahan politik akan berpengaruh secara tidak langsung terhadap sebuah kebijakan.

Pandangan yang berbeda dari Meyers dan Vorsanger (2012) dalam melihat perkembangan implementasi kebijakan publik, "*The control of 'street-level bureaucrats' raises a particularly interesting and thorny set of issues for scholars interested in bureaucratic control and policy implementation*". Meyers dan Vorsanger melihat perkembangan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh para birokrat level bawah yang perannya sangat signifikan dalam upaya

mencapai tujuan kebijakan. Siapakah birokrat level bawah tersebut ? Lipsky (1980) menyatakan bahwa

*“Public service workers who interact directly with citizens in the course of their jobs, and who have substantial discretion in the execution of their work are called street-level bureaucrats..... Typical street-level bureaucrats are teachers, police officers and other law enforcement personnel, social workers, judges, public lawyers and other court officers, health workers, and many other public employees who grant access to government programs and provide services within them”*

Lipsky mendefinisikan birokrat level bawah sebagai setiap orang yang bekerja dalam pelayanan publik, di mana mereka berinteraksi langsung dengan masyarakat. Berdasarkan penjabaran Lipsky mengenai siapa saja yang termasuk ke dalam birokrat level bawah, dapat diketahui guru, polisi, pekerja sosial, hakim, pengacara publik, tenaga kesehatan merupakan birokrat level bawah. Birokrat level bawah perannya sangat penting dalam implementasi kebijakan, karena mereka yang berinteraksi langsung dan berhubungan langsung dengan stakeholder.

Nugroho, dalam jurnalnya di Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia yang berjudul Potensi Diskresi *Street Level Bureaucrat* di Puskesmas Dalam Implementasi *Universal Health Coverage* menghasilkan sebuah kesimpulan yaitu terdapat potensi terjadinya diskresi yang mengarah ke arah negatif dalam implementasi kebijakan *Universal Health Coverage* yang disebabkan oleh pengelolaan sumber daya yang tidak baik. Jurnal tersebut menunjukkan bahwa pengaruh birokrat level bawah terhadap implementasi kebijakan sangat besar. Berdasarkan hal tersebut maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait diskresi yang terjadi pada implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah :

1. Bagaimana bentuk diskresi yang terjadi dalam implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen ?
2. Bagaimana pengaruh diskresi terhadap implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen ?

### 1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah :

1. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis bentuk diskresi yang terjadi pada implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen
2. Untuk mendeskripsikan dan menganalisis pengaruh diskresi terhadap implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas

### 1.4 Manfaat Penelitian

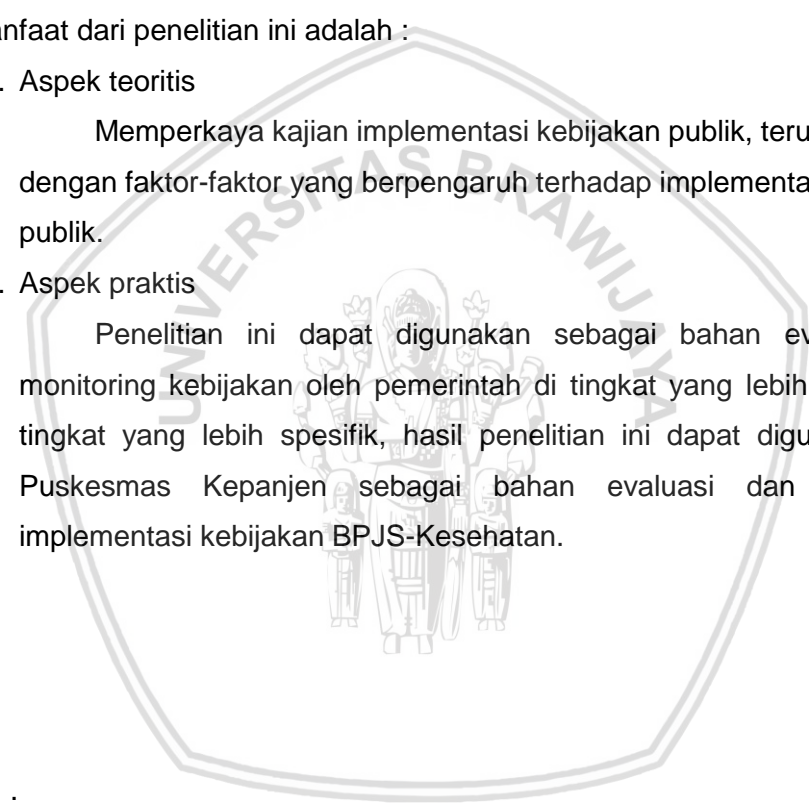
Manfaat dari penelitian ini adalah :

1. Aspek teoritis

Memperkaya kajian implementasi kebijakan publik, terutama terkait dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap implementasi kebijakan publik.

2. Aspek praktis

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan monitoring kebijakan oleh pemerintah di tingkat yang lebih luas. Pada tingkat yang lebih spesifik, hasil penelitian ini dapat digunakan oleh Puskesmas Kepanjen sebagai bahan evaluasi dan monitoring implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan.





## BAB II

### LANDASAN TEORI

#### 2.1 Kebijakan Publik

Untuk dapat menjalankan fungsi negara, sebuah negara harus melaksanakan / menyusun kebijakan-kebijakan yang bersentuhan langsung dengan kepentingan masyarakat. Oleh karena itu kebijakan publik dapat dikatakan sebagai sebuah aspek penting dalam keberlangsungan pemerintahan sebuah negara. Pentingnya kebijakan publik dalam keberlangsungan pemerintahan sebuah negara dapat dilihat dari pendapat Thomas Dye dalam Nugroho (2008) yaitu kebijakan publik merupakan segala sesuatu yang dikerjakan dan tidak dikerjakan oleh pemerintah. Van Meter dan Van Horn dalam Wahab (2005) menjelaskan kebijakan publik dari sudut pandang yang lebih luas yaitu “sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan baik oleh individu-individu / pejabat-pejabat atau pemerintah atau swasta yang diarahkan pada tercapainya tujuan-tujuan yang telah ditentukan dalam keputusan kebijakan”.

Berdasarkan pengertian kebijakan publik dari Thomas Dye dan Van Meter dan Van Horn tersebut maka kebijakan publik adalah sebuah keputusan yang merupakan sebuah pilihan dari pemerintah/negara. Pilihan dapat berarti kebijakan dapat diambil apabila kebijakan tersebut bersifat penting dan mempunyai dampak yang luas terhadap masyarakat. Sebaliknya, kebijakan tidak diambil apabila kebijakan tersebut tidak berdampak luas terhadap masyarakat. Perbedaan sudut pandang terkait dengan aktor pembuat kebijakan terlihat dari kedua pendapat tersebut, Thomas Dye menyatakan kebijakan publik merupakan domain pemerintah. Sedangkan Van Meter dan Van Horn memandang domain kebijakan publik adalah pihak yang mempunyai pengaruh dan peran dalam proses kebijakan itu sendiri.

Sudut pandang yang berbeda diutarakan oleh Lasswell, Kaplan, dan David Easton dalam Subarsono (2005) yang menyatakan kebijakan publik merupakan pengalokasian nilai-nilai kepada masyarakat. Pendapat tersebut diperkuat oleh Suwitri (2008) yang menyatakan bahwa pergeseran kebijakan dapat disebabkan oleh pergeseran nilai pada masyarakat.

Pendapat Lasswell, Kaplan, dan Easton tersebut menunjukkan bahwa dalam sebuah kebijakan publik tidak hanya mengatur bagaimana pemerintahan berjalan, pelaksanaan pelayanan publik, dan fungsi-fungsi negara yang lain, namun terdapat nilai-nilai yang ingin ditanamkan kepada target sasaran. Pendapat Suwitri di atas menunjukkan bahwa nilai-nilai yang tertanam pada masyarakat / target sasaran berpengaruh terhadap kebijakan yang ada.

Nugroho (2006) membuat rumusan pemahaman tentang kebijakan publik. Pertama, kebijakan publik adalah kebijakan yang dibuat oleh administrator negara atau administrator publik. Jadi kebijakan publik adalah segala sesuatu yang dikerjakan dan yang tidak dikerjakan oleh pemerintah. Kedua, kebijakan publik adalah kebijakan yang mengatur kehidupan bersama atau kehidupan publik, bukan kehidupan orang seorang atau golongan. Kebijakan publik mengatur semua yang ada di domain lembaga administrator publik. Kebijakan publik mengatur masalah bersama atau masalah pribadi atau golongan yang sudah menjadi masalah dari seluruh masyarakat di daerah itu. Ketiga, dikatakan sebagai kebijakan publik jika manfaat yang diperoleh masyarakat yang bukan pengguna langsung dari produk yang dihasilkan jauh lebih banyak atau lebih besar dari pengguna langsungnya.

Selanjutnya, Fredrich dalam Wahab (2005) mendefinisikan kebijakan sebagai suatu tindakan yang mengarah pada tujuan yang diusulkan oleh seseorang, kelompok atau pemerintah dalam lingkungan tertentu sehubungan dengan adanya hambatan-hambatan tertentu seraya mencari peluang-peluang untuk mencapai tujuan atau mewujudkan sasaran yang diinginkan.

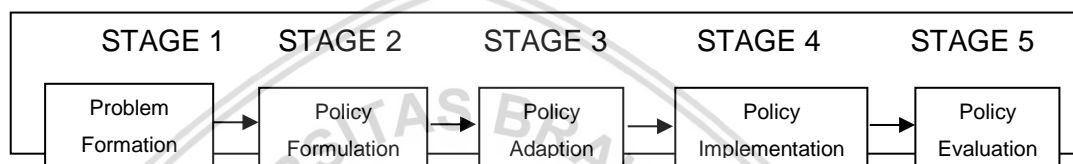
Menurut *George C. Edwards III* dan *Ira Sharkansky* mengartikan kebijaksanaan negara sebagai apa yang dinyatakan dan dilakukan atau tidak dilakukan oleh pemerintah. Kebijaksanaan negara itu berupa sasaran atau tujuan program-program pemerintah. David Easton memberikan arti kebijaksanaan negara sebagai pengalokasian nilai-nilai secara paksa ( sah ) kepada seluruh anggota masyarakat. (Islamy, 2004).

Pengertian kebijaksanaan negara tersebut di atas mempunyai implikasi sebagai berikut :

- a. Bahwa kebijaksanaan negara itu dalam bentuk perdananya berupa penetapan tindakan-tindakan pemerintah.

- b. Bahwa kebijaksanaan negara itu tidak cukup hanya dinyatakan tetapi dilaksanakan dalam bentuknya yang nyata
- c. Bahwa kebijaksanaan negara baik itu melakukan sesuatu atau tidak melakukan sesuatu itu mempunyai dan dilandasi dengan maksud dan tujuan tertentu.
- d. Bahwa kebijaksanaan negara itu harus senantiasa ditujukan bagi kepentingan seluruh anggota masyarakat. (Islamy, 2004).

Menurut William Dunn dalam Winarno (2002) menjelaskan dalam proses penyusunan kebijakan didasarkan pada berbagai tahapan utama. Tahapan-tahapan dalam kebijakan publik tersebut digambarkan seperti gambar di bawah ini:



Gambar. 1 Tahapan Dalam Proses Pembuatan Kebijakan Publik

Sumber: Dunn dalam Winarno (2002)

Berdasarkan gambar 1 tersebut, dapat dijabarkan sebagai berikut :

#### 1. *Problem Formation*

Pada tahap ini para perumus kebijakan menempatkan masalah pada agenda publik. Sebelumnya masalah-masalah ini berkompetisi terlebih dahulu untuk dapat masuk ke dalam agenda kebijakan. Pada akhirnya, beberapa masalah masuk ke agenda kebijakan para perumus kebijakan.

#### 2. *Policy Formulation*

Masalah yang telah masuk ke agenda kebijakan kemudian dibahas oleh para pembuat kebijakan. Masalah-masalah tadi didefinisikan untuk kemudian dicari pemecahan masalah terbaik. Pemecahan masalah tersebut berasal dari berbagai alternatif yang ada. Sama halnya dengan perjuangan masalah untuk masuk ke dalam *problem formation*, dalam tahap perumusan kebijakan masing-masing alternatif bersaing untuk dapat dipilih sebagai kebijakan yang diambil untuk memecahkan masalah. Pada tahap ini, masing-masing aktor akan “bermain” untuk mengusulkan pemecahan masalah terbaik.

### 3. *Policy Adaption*

Dari sekian banyak alternatif kebijakan yang ditawarkan oleh para perumus kebijakan, pada akhirnya salah satu dari alternatif kebijakan tersebut diadopsi dengan dukungan dari mayoritas perumus kebijakan.

### 4. *Policy Implementation*

Suatu program kebijakan hanya akan menjadi catatan-catatan elit, jika program tersebut tidak diimplementasikan. Oleh karena itu, program kebijakan yang telah diambil sebagai alternatif pemecahan masalah harus diimplementasikan, yakni dilaksanakan oleh badan-badan administrasi maupun agen-agen pemerintah di tingkat bawah. Kebijakan yang telah diambil dilaksanakan oleh unit-unit administrasi yang memobilisasikan sumber daya finansial dan manusia. Pada tahap ini berbagai kepentingan akan saling bersaing. Beberapa implementasi kebijakan mendapat dukungan para pelaksana, namun beberapa yang lain mungkin akan ditentang oleh para pelaksana.

### 5. *Policy Evaluation*

Pada tahap ini kebijakan yang telah dijalankan dinilai atau dievaluasi untuk melihat sejauh mana kebijakan yang dibuat telah mampu memecahkan masalah. Kebijakan publik pada dasarnya dibuat untuk meraih dampak yang diinginkan. Dalam hal ini, memperbaiki masalah yang dihadapi masyarakat. Oleh karena itu, ditentukanlah ukuran-ukuran atau kriteria-kriteria yang menjadi dasar untuk menilai apakah kebijakan publik telah meraih dampak yang diinginkan.

Proses kebijakan publik merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses maupun variabel yang harus dikaji. Oleh karena itu, beberapa ahli menaruh minat untuk mengkaji kebijakan publik membagi proses-proses tersebut ke dalam beberapa tahap seperti apa yang dicontohkan di atas. Tujuannya adalah untuk memudahkan kita di dalam mengkaji kebijakan publik. Namun demikian, beberapa ahli mungkin membagi tahap-tahap ini dengan urutan yang berbeda dengan urutan gambar di atas.

Seperti misalnya, tahap penilaian kebijakan seperti yang tercantum di atas bukan merupakan tahap akhir dari proses kebijakan publik, sebab ada ahli yang mencantumkan satu tahap lagi, yakni tahap perubahan dan terminasi atau penghentian kebijakan.

Dari beberapa uraian tersebut dapat melihat bahwa kebijakan publik merupakan suatu proses yang kompleks. Namun tanpa bermaksud mengurangi kekompleksan tersebut, kita dapat menarik suatu kesimpulan bahwa kebijakan publik adalah serangkaian proses kegiatan (*decision* dan *action*) yang dilakukan oleh pemerintah yang bertujuan untuk menyelesaikan masalah-masalah yang timbul di masyarakat.

## 2.2 Implementasi Kebijakan Publik

Dalam sebuah kebijakan publik, proses implementasi merupakan sebuah proses yang tidak kalah penting dibandingkan dengan proses yang lain. Pengetahuan mengenai teori implementasi kebijakan publik penting untuk diketahui, pengetahuan terhadap teori implementasi kebijakan publik berikut dengan model-model implementasi kebijakan publik akan memberikan pemahaman secara jelas mengenai karakteristik kebijakan, strategi implementasi, pola komunikasi antar aktor, faktor-faktor yang berpengaruh terhadap implementasi, dan lain sebagainya. Pada penelitian ini peneliti memaparkan mengenai pengertian dari implementasi kebijakan publik dan model-model implementasi kebijakan publik. Berdasarkan pengertian implementasi kebijakan publik dan model-model implementasi kebijakan publik yang peneliti paparkan, peneliti berusaha untuk lebih memahami mengenai Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan dengan lebih komprehensif.

### 2.2.1 Pengertian

Implementasi kebijakan merupakan salah satu proses dari siklus kebijakan publik. Posisi implementasi kebijakan begitu penting dalam kebijakan publik, pentingnya implementasi kebijakan di jelaskan oleh Wahab (2005), yaitu "implementasi kebijakan lebih penting dari perumusan kebijakan". Winarno (2002) menjelaskan implementasi kebijakan publik adalah sebuah alat di mana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan



kebijakan untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Nugroho (2004) mendefinisikan implementasi kebijakan sebagai sebuah cara agar kebijakan dapat mencapai tujuannya. Kedua pendapat tersebut mempunyai kesimpulan yang sama, yaitu implementasi kebijakan merupakan sebuah cara untuk mencapai apa yang menjadi tujuan dari sebuah kebijakan. Pengertian dari Winarno menjelaskan implementasi lebih rinci dengan menjabarkan pihak-pihak yang terlibat dalam implementasi kebijakan, seperti organisasi, aktor-aktor (pemerintah dan non pemerintah) dan sistem yang ada di dalam implementasi kebijakan itu sendiri.

Tahjan (2008) menjelaskan bahwa secara etimologis implementasi dapat dimaksudkan sebagai suatu aktivitas terkait penyelesaian sebuah pekerjaan dengan memanfaatkan sumber daya yang ada untuk memperoleh hasil. Dengan demikian maka implementasi kebijakan publik sering kali dikaitkan dengan proses administratif di mana ditemukan banyak tujuan dari proses dan aktivitas organisasional dalam proses dan pendekatan yang dilakukannya.

Implementasi kebijakan sebagai upaya pencapaian tujuan kebijakan, merupakan sebuah proses yang kompleks dengan melibatkan banyak pihak (stakeholders) dan mekanisme administratif yang kompleks pula.

Patton & Sawicki (1987) menyatakan bahwa proses implementasi, merupakan seperangkat permainan di mana banyak aktor melakukan manuver tertentu untuk memperoleh apa yang mereka inginkan. Biasanya digunakan metode permainan (*game*) sebagai upaya memperoleh lebih sumber daya kebijakan, seperti mekanisme monitoring, renegosiasi sasaran yang telah di rumuskan setelah program berjalan dan atau dengan jalan menambah berbagai elemen baru dari program yang telah ada selama ini. Sebaiknya keseluruhan proses implementasi kebijakan dapat dievaluasi dengan cara mengukur atau membandingkan antara hasil akhir dari program – program tersebut dengan tujuan – tujuan kebijakan.



Selain itu Pressman dan Wildavsky (1984) menyatakan bahwa :

*“implementation, to us, means just what Webster and Roger say it does; to carry out, accomplish fulfill, produce, complete. But what is it being implemented? A policy, naturally. There must be some thing out there prior to implementation; otherwise there would be nothing to move toward in the process of implementation. A verb like “implement” must have an object like “policy”. But policies normally contain but goals and the mean for achieving them. How, then, do we distinguish between a policy and its implementation?”*

Konsep Pressman dan Wildavsky di atas, mengindikasikan bahwa pada dasarnya implementasi adalah untuk melaksanakan kebijakan yang harus mempunyai objek dan dapat menimbulkan dampak tercapai atau tidaknya suatu kebijakan. Ripley dan Franklin (1986) menuntun pemikiran bahwa untuk memahami konsep implementasi kebijakan dibutuhkan pengertian tentang serangkaian kegiatan sebagai berikut :

*“Implementation is what happens after laws are passed authorizing a program, a policy, a benefit, or some kind of tangible output. The term refers to the set of activities the follow statements of intent about program goals and desired result by government officials, implementation encompasses action (and nanations) by e variety of actors, specially bureaucrats, designed to put programs into effect, ostensibility in such a way as to achive goals”.*

### 2.2.2 Model Implementasi Kebijakan Publik

Model implementasi kebijakan publik yang peneliti paparkan merupakan model implementasi kebijakan publik yang bersifat *top-down*. Peneliti hanya fokus pada model implementasi kebijakan publik yang bersifat *top-down* karena Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan kebijakan yang bersifat *top-down*, sehingga diperlukan pemaparan mengenai model implementasi kebijakan publik *top-down* untuk dapat memahami lebih jauh mengenai implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan.

#### 1. Model Van Meter dan Van Horn

Agustino (2006) menyebutkan bahwa model implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn mengharuskan adanya kesesuaian antara keputusan politik, pelaksana, dan kinerja kebijakan. Van Meter dan Van Horn memperkenalkan pendekatan implementasi kebijakan yang menghubungkan antara isu kebijakan dengan implementasi kebijakan

dan kebijakan dengan kinerja. Van Meter dan Van Horn menjelaskan bahwa perubahan, kontrol, dan kepatuhan dalam tindakan merupakan konsep penting dalam prosedur implementasi.

Berdasarkan model ini, terdapat enam (6) variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan :

a. Ukuran dan tujuan kebijakan

Pengukuran kinerja implementasi kebijakan diukur berdasarkan ukuran dan tujuan kebijakan yang sesuai dengan sosio-budaya implementor kebijakan.

b. Sumber daya

Kebijakan dapat diimplementasikan dengan sukses apabila sumber daya yang ada dapat dimaksimalkan penggunaannya.

c. Karakteristik agen pelaksana

Agen pelaksana adalah organisasi pemerintah dan non pemerintah yang terlibat dalam implementasi kebijakan

d. Sikap pelaksana

Sikap pelaksana kebijakan berpengaruh terhadap keberhasilan sebuah kebijakan.

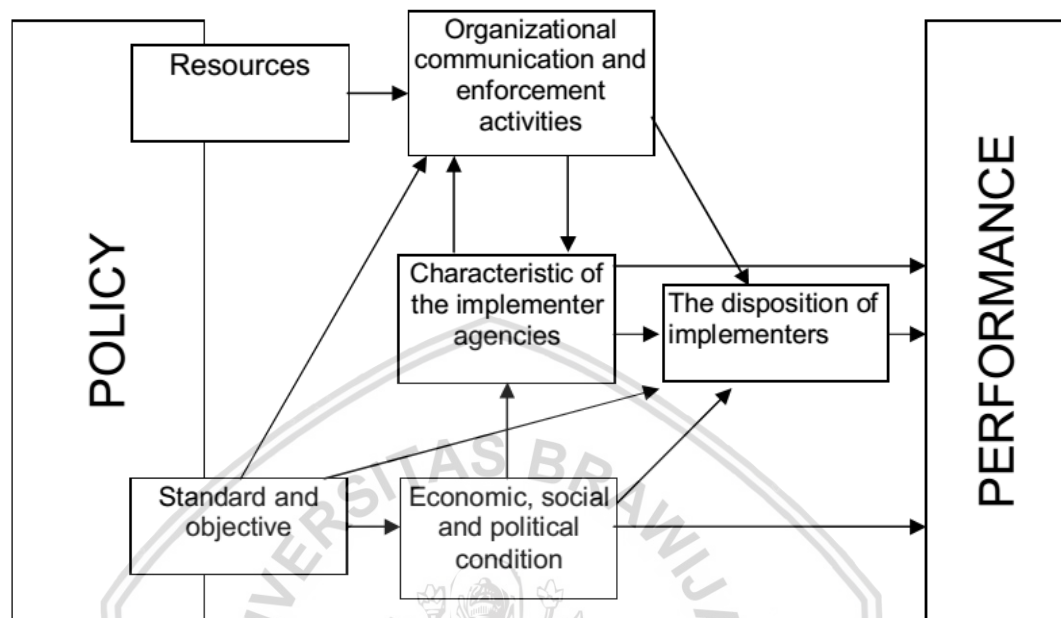
e. Komunikasi antar organisasi

Koordinasi dan komunikasi merupakan hal penting dalam implementasi kebijakan.

f. Kondisi, ekonomi, politik, dan sosial.

Kondisi ekonomi, politik, dan sosial berpengaruh terhadap aktor pelaksana kebijakan, pengaruh yang buruk ketiga hal tersebut terhadap aktor pelaksana kebijakan dapat menjadikan kegagalan kebijakan.

Berikut adalah model implementasi kebijakan Van Horn dan Van Meter



Gambar. 2 Model implementasi kebijakan Van Meter dan Van Horn

Sumber : Lester dan Stewart (2000)

Model implementasi dari Van Meter dan Van Horn tersebut merupakan model implementasi kebijakan yang bersifat *top-down*. Kelemahan dari model *top-down* adalah struktur yang hirarkis dan tegas, minimnya bagian dari aktor lokal dan swasta. Selain itu tidak maksimalnya penggunaan strategi implementasi oleh pelaksana di tingkat bawah juga menjadi kelemahan dari model *top-down* ini.

## 2. Model Daniel Mazmanian dan Paul A. Sabatier

Mazmanian dan Sabatier (Nugroho, 2006), mengklasifikasikan proses implementasi kebijakan ke dalam tiga variabel. Pertama, variabel independen, yaitu mudah-tidaknya masalah dikendalikan yang berkenaan dengan indikator masalah teori dan teknis pelaksana, keragaman objek, dan perubahan seperti apa yang dikehendaki. Kedua, variabel *intervening*, yaitu variabel kemampuan kebijakan untuk menstrukturkan proses implementasi dengan indikator kejelasan dan konsistensi tujuan, dipergunakannya teori kausal, ketepatan alokasi sumber dana, keterpaduan hierarkis di antara lembaga pelaksana, aturan pelaksana,

dan keterbukaan kepada pihak luar; dan variabel di luar kebijakan yang mempengaruhi proses implementasi yang berkenaan dengan indikator kondisi sosial ekonomi dan teknologi, dukungan publik, sikap dan *resources* dari konstituen, dukungan pejabat yang lebih tinggi, serta komitmen dan kualitas kepemimpinan dari pejabat pelaksana. Ketiga, variabel dependen, yaitu tahapan dalam proses implementasi dengan lima tahapan, yaitu pemahaman dari lembaga/badan pelaksana dalam bentuk disusunnya kebijakan pelaksana, kepatuhan objek, hasil nyata, penerimaan atas hasil nyata tersebut, dan akhirnya mengarah kepada revisi atas kebijakan yang dibuat dan dilaksanakan tersebut atau keseluruhan kebijakan yang bersifat mendasar.

Pada model Mazmanian dan Paul Sabatier ini, ketiga variabel tersebut disebut variabel bebas, dibedakan dari tahap-tahap implementasi yang harus dilalui, disebut variabel tergantung. Dalam ini perlu diingat, bahwa tiap tahap berpengaruh terhadap tahap yang lain, misalnya tingkat kesediaan kelompok sasaran untuk mengindahkan atau mematuhi ketentuan yang termuat dalam keputusan-keputusan kebijakan dari badan-badan (instansi) pelaksana, akan berpengaruh terhadap dampak nyata keputusan-keputusan tersebut. (Wahab, 2005)

### 3. Model Brain W. Hogwood dan Lewis A. Gun

Nugroho (2006) menyatakan untuk melakukan implementasi kebijakan diperlukan beberapa syarat. Syarat pertama berkenaan dengan jaminan bahwa kondisi eksternal yang dihadapi oleh lembaga/badan pelaksana tidak akan menimbulkan masalah yang besar. Syarat kedua adalah apakah untuk melaksanakannya tersedia sumber daya yang memadai, termasuk sumber daya waktu. Syarat ketiga apakah perpaduan sumber-sumber yang diperlukan benar-benar ada. Syarat keempat adalah apakah kebijakan yang akan diimplementasikan didasari hubungan kausal. Jadi, prinsipnya adalah apakah kebijakan tersebut memang dapat menyelesaikan masalah yang hendak ditanggulangi. Syarat kelima adalah seberapa banyak hubungan kausalitas yang terjadi. Asumsinya, semakin sedikit hubungan "sebab-akibat", semakin tinggi pula hasil yang dikehendaki kebijakan tersebut dapat dicapai. Sebuah kebijakan yang mempunyai hubungan kausalitas yang kompleks,

otomatis menurunkan efektivitas implementasi kebijakan. Syarat keenam adalah apakah hubungan saling ketergantungan kecil. Syarat ketujuh adalah pemahaman yang mendalam dan kesepakatan terhadap tujuan. Syarat kedelapan adalah bahwa tugas-tugas telah dirinci dan ditempatkan dalam urutan yang benar. Tugas yang jelas dan prioritas yang jelas adalah kunci efektivitas implementasi kebijakan. Syarat kesembilan adalah komunikasi dan koordinasi yang sempurna. Komunikasi adalah perekat organisasi, dan koordinasi adalah asal muasal dari kerja sama tim serta terbentuknya sinergis. Syarat kesepuluh adalah bahwa pihak-pihak yang memiliki wewenang kekuasaan dapat menuntut dan mendapatkan kepatuhan yang sempurna. Kekuasaan atau *power* adalah syarat keefektifan implementasi kebijakan. Tanpa otoritas yang berasal dari kekuasaan, kebijakan akan tetap berupa kebijakan-tanpa ada dampak bagi target kebijakan

#### 4. Model Goerge Edwards III

Dalam mengkaji implementasi kebijakan, Edwards membicarakan empat faktor atau variabel krusial dalam implementasi kebijakan publik. Faktor utama atau variabel-variabel tersebut adalah :

- a. Komunikasi
- b. Sumber daya
- c. kecenderungan-kecenderungan atau tingkah laku
- d. Struktur birokrasi

Menurut Edwards III, ke empat faktor ini berpengaruh terhadap implementasi kebijakan dan bekerja secara simultan dan berinteraksi satu sama lain untuk membantu dan menghambat implementasi kebijakan, maka pendekatan yang ideal adalah dengan cara merefleksikan kompleksitas ini dengan membahasa semua faktor sekaligus. Untuk memahami suatu implementasi kebijakan perlu disederhanakan, dan untuk menyederhanakan perlu merinci penjelasan-penjelasan tentang implementasi dalam komponen-komponen utama. Patut diperhatikan di sini bahwa implementasi dari setiap kebijakan merupakan suatu proses yang dinamis yang cukup banyak interaksi dan banyak variabel. Oleh karena itu, tidak ada variabel tunggal dalam proses implementasi,



sehingga perlu dijelaskan keterkaitan antara satu variabel dengan variabel yang lain dan bagaimana variabel-variabel ini mempengaruhi proses implementasi. (Winarno, 2002)

## 2.3 Diskresi

### 2.3.1 Pengertian, Batasan, dan Penyebab

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia, diskresi adalah kebebasan mengambil keputusan sendiri dalam setiap situasi yang dihadapi. Lipsky (1980) memaknai diskresi sebagai derajat kebebasan dalam menggunakan kewenangan oleh masing-masing individu, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun pelaksanaan kebijakan sehubungan dengan pelayanan yang akan diberikan kepada masyarakat. Aaron (1964) menyatakan diskresi sebagai *"power authority conferred by law to action on the basis of judgement of conscience, and its use is more than idea of morals than law"*. Selanjutnya, La Fave (1965) menyatakan bahwa diskresi merupakan sebuah pengambilan keputusan yang dipengaruhi oleh penilaian pribadi, tidak terikat dengan hukum yang berlaku.

Aaron dan La Fave mendeskripsikan diskresi sebagai sebuah tindakan atas dasar inisiasi pribadi yang di mana tindakan tersebut dapat berdasarkan hukum yang berlaku maupun tidak. David (1969) menjelaskan bahwa *"discretion is maybe defined as capacity of policy maker officers to select from among a number of legal and illegal courses of action or inaction while performing their duties"*. David mempertegas diskresi dapat dilakukan dengan atau tanpa pertimbangan hukum, dengan kata lain diskresi yang dilakukan dapat menurut hukum (legal) atau tidak menurut hukum (ilegal). Lebih lanjut Marzuki (1996) menyatakan bahwa diskresi adalah kebebasan yang diberikan kepada tata usaha negara dalam rangka penyelenggaraan pemerintahan, sesuai dengan meningkatnya tuntutan pelayanan publik yang harus diberikan negara kepada masyarakat yang semakin kompleks.

Berdasarkan hal tersebut, diskresi yang terjadi disebabkan adanya kebebasan yang diberikan kepada pelayan publik untuk melaksanakan tugasnya, agar diskresi yang dilakukan tidak menyimpang dari peraturan yang berlaku (ilegal) harus terdapat batasan-batasan. Pendapat dari para ahli tersebut selaras dengan deskripsi dari diskresi menurut Undang-undang No.



30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan, pada pasal 1 ayat 9, dijelaskan yang dimaksud dengan diskresi adalah

“Keputusan dan/atau Tindakan yang ditetapkan dan/atau dilakukan oleh Pejabat Pemerintahan untuk mengatasi persoalan konkret yang dihadapi dalam penyelenggaraan pemerintahan dalam hal peraturan perundang-undangan yang memberikan pilihan, tidak mengatur, tidak lengkap atau tidak jelas, dan/atau adanya stagnasi pemerintahan”.

Pada pasal 6 ayat 2 huruf e dijelaskan diskresi merupakan hak yang dimiliki oleh pejabat pemerintahan dalam mengambil keputusan dan/atau tindakan. Selanjutnya pada pasal 1 angka 3 dijelaskan pejabat pemerintahan adalah unsur yang melaksanakan fungsi pemerintahan, baik di lingkungan pemerintah maupun penyelenggara negara lainnya. Tujuan diskresi menurut UU No. 30 Tahun 2014 pasal 22 ayat 2 adalah 1) melancarkan penyelenggaraan pemerintahan 2) mengisi kekosongan hukum 3) memberikan kepastian hukum dan 4) mengatasi stagnasi pemerintahan dalam keadaan tertentu guna kemanfaatan dan kepentingan umum.

Pada pasal berikutnya (pasal 23) dijelaskan ruang lingkup diskresi, sebagai berikut 1) pengambilan keputusan dan/atau tindakan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang memberikan suatu pilihan keputusan dan/atau tindakan 2) pengambilan keputusan dan/atau tindakan karena peraturan perundang-undangan tidak mengatur 3) pengambilan keputusan dan/atau tindakan karena peraturan perundang-undangan tidak lengkap dan tidak jelas dan 4) pengambilan keputusan dan/atau tindakan karena adanya stagnasi pemerintahan guna kepentingan yang lebih luas.

Berdasarkan UU No. 30 Tahun 2014, terdapat syarat jika pejabat pemerintahan akan menggunakan diskresi, yaitu 1) sesuai dengan tujuan diskresi sebagaimana dimaksud dalam pasal 22 ayat 2 2) tidak bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan 3) sesuai dengan AUPB 4) berdasarkan alasan-alasan yang obyektif 5) tidak menimbulkan konflik kepentingan dan 6) dilakukan dengan iktikad baik. Syarat-syarat dilakukannya diskresi oleh pejabat pemerintahan di atas sejalan dengan Mucsan (1982) yang menyatakan bahwa diskresi yang dilakukan harus dalam batas-batas yang diperbolehkan oleh hukum tertulis dan tidak tertulis yang berlaku. Batasan-batasan tersebut adalah :

1. Penggunaan diskresi tidak boleh bertentangan dengan hukum yang berlaku (kaidah hukum positif)
2. Penggunaan diskresi hanya ditujukan demi kepentingan hukum.

Untuk lebih melihat tingkatan diskresi yang terjadi, Irsan (1999) membedakan diskresi menjadi dua, yaitu

1. Diskresi yang dilakukan oleh petugas/pejabat secara individu
2. Diskresi yang berdasarkan pada petunjuk atau keputusan atasan/pimpinannya.

Lebih lanjut, Wilson (2009) mengklasifikasikan diskresi berdasarkan tipe situasi diskresi tersebut dilaksanakan, yaitu :

1. *Police-invoked law enforcement*. Petugas bebas melakukan diskresi, tetapi diskresi tersebut kemungkinan besar dipengaruhi oleh atasannya.
2. *Citizen-invoked law enforcement*. Diskresi kecil kemungkinan dilakukan oleh aparat negara, karena inisiatornya adalah masyarakat.
3. *Police-invoked order maintenance*. Diskresi dan kontrol dari pimpinan seimbang, pemimpin dapat memberi perintah untuk melakukan diskresi atau tidak.
4. *Citizen-invoked order maintenance*. Diskresi harus dilakukan walaupun tidak disetujui oleh pimpinan.

Pengklasifikasian diskresi menurut Wilson tersebut menunjukkan terdapat dua unsur utama dalam terjadinya diskresi, yaitu pimpinan dan masyarakat. Peran pimpinan sebagai inisiator dalam terjadinya diskresi yang dilakukan oleh aparat negara (dalam kaitan pemberian pelayanan publik), dalam konteks ini aparat negara tidak dapat melakukan diskresi tanpa adanya instruksi dari pimpinan, dan hal tersebut berlaku sebaliknya. Masyarakat dapat pula berperan sebagai inisiator terjadinya diskresi, diskresi yang terjadi atas inisiasi masyarakat biasanya terjadi karena adanya kepentingan masyarakat terhadap sebuah pelayanan publik, atau masyarakat tersebut mempunyai posisi tawar yang tinggi sehingga mampu mempengaruhi aparat negara melakukan diskresi dalam memberikan pelayanan publik kepada mereka.

Selanjutnya Hamidi (1999) menjelaskan penyebab seseorang melakukan diskresi dapat dibedakan menjadi dua, yaitu kondisi normal dan kondisi darurat. Lebih lanjut Hamidi menjelaskan diskresi yang dilakukan pada kondisi normal harus memenuhi unsur-unsur sebagai berikut :

1. Sejalan dengan perundang-undangan yang berlaku
2. Sejalan dengan asas-asas umum pemerintahan yang bersih (bebas KKN)
3. Sejalan dengan hukum kearifan lokal
4. Sejalan tanggung jawab yang diemban.

Hamidi menjelaskan diskresi yang dilakukan pada kondisi darurat dapat diklasifikasikan menjadi diskresi tetap yang memiliki unsur sebagai berikut :

1. Batas atas pelaksanaan diskresi adalah konstitusi nasional, yang berarti diskresi yang dilakukan tidak boleh melanggar konstitusi
2. Batas bawah pelaksanaan diskresi adalah hak asasi manusia, yang berarti diskresi yang dilakukan tidak boleh melanggar hak asasi manusia.

Uraian mengenai pengklasifikasian diskresi di atas dapat disimpulkan bahwa diskresi dapat disebabkan oleh pimpinan dan masyarakat, kemudian diskresi yang terjadi diperbolehkan selama tidak melanggar peraturan dan konstitusi yang berlaku.

Sesuai dengan uraian di atas, diskresi dilakukan oleh aparat negara yang dipengaruhi oleh pimpinan dan masyarakat. Lebih lanjut, Lipsky menjelaskan siapa yang dapat melakukan diskresi tersebut, "*unlike lower-level worker in most organization, street-level bureaucrats have considerable discretion in determining the nature, amount, and quality of benefits and sanctions provided by their agencies*". Berdasarkan hal tersebut, maka *street level bureaucracy* / birokrat level bawah yang mampu melakukan diskresi, lebih jauh Lipsky menjelaskan karakteristik dari birokrat level bawah, yaitu :

- a. Sumber daya yang ada secara riil dan faktual kurang memadai jika dibandingkan dengan beban tugas mereka yang harus diselesaikan.
- b. Permintaan pelayanannya cenderung meningkat dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat.

- c. Menjadi tumpuan harapan bagi organisasinya, di mana dalam melaksanakan pekerjaannya cenderung terjadi ambiguitas, samar-samar dan bahkan sering terjadi konflik
- d. Orientasi kinerja mereka terhadap pencapaian sasaran organisasi cenderung menjadi sulit dan tidak terukur.
- e. Pekerjaannya tidak bersifat sukarela

Berdasarkan karakteristik tersebut maka dapat disimpulkan bahwa polisi, guru, pengacara, dokter, suster, dan para pelayan publik yang bersentuhan langsung dengan masyarakat yang dapat digolongkan menjadi birokrat level bawah.

Dalam penelitian ini, birokrat level bawah yang dimaksud adalah seluruh pemberi layanan kesehatan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat di Puskesmas, yaitu dokter, perawat, dan petugas administrasi. Sesuai dengan karakteristik yang dikemukakan oleh Lipsky tersebut dokter, perawat, dan petugas administrasi merupakan tumpuan bagi Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat. Sumber daya yang dimiliki oleh puskesmas dalam penelitian ini cukup terbatas, disebabkan karena secara fasilitas dan jenis pelayanan tidak selengkap seperti di rumah sakit. Hal tersebut disebabkan karena peruntukan puskesmas sebagai pelayanan kesehatan tingkat dasar, sehingga jenis pelayanan kesehatan dan sumber daya yang dimiliki hanya mampu untuk mengatasi permasalahan kesehatan tingkat dasar masyarakat.

Apa sebenarnya fungsi para birokrat level bawah? Atau dengan kata lain, apa yang mereka lakukan? Mereka melakukan fungsi memberikan pelayanan, di mana dalam fungsi tersebut terdapat tiga tujuan atau tugas yang harus mereka penuhi. Pertama adalah implementasi, mereka melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan oleh pemerintah terkait dengan pelayanan publik yang mereka berikan, kedua adalah kesesuaian dengan hukum yang berlaku (undang-undang), pelaksanaan kebijakan pelayanan publik harus sesuai dengan yang telah ditetapkan dalam peraturan yang berlaku (undang-undang, peraturan pemerintah, keputusan presiden, dll) oleh karena itu para birokrat level bawah bertugas menyesuaikan antara pelaksanaan dengan peraturan yang berlaku.

Ketiga adalah pencapaian tujuan, para birokrat level bawah bertugas untuk membuat organisasi yang mereka naungi mencapai tujuannya melalui pemberian pelayanan kepada masyarakat. Sebagai contoh, seorang birokrat level bawah yang bekerja di Dinas Kesehatan berusaha agar tujuan dari Dinas Kesehatan yaitu terwujudnya masyarakat yang sehat jasmani dan rohani, hal ini dilakukan dengan memberikan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat tersebut.

Lipsky (1980) menyatakan para birokrat level bawah mempunyai lima karakteristik, yaitu :

- a. Sumber daya yang ada secara riil dan faktual kurang memadai jika dibandingkan dengan beban tugas mereka yang harus diselesaikan.
- b. Permintaan pelayanannya cenderung meningkat dalam rangka memenuhi kebutuhan masyarakat.
- c. Menjadi tumpuan harapan bagi organisasinya, di mana dalam melaksanakan pekerjaannya cenderung terjadi ambiguitas, samar-samar dan bahkan sering terjadi konflik
- d. Orientasi kinerja mereka terhadap pencapaian sasaran organisasi cenderung menjadi sulit dan tidak terukur.
- e. Pekerjaannya tidak bersifat sukarela.

Dalam melakukan pelayanan kepada masyarakat, sikap mereka dapat menjadi sangat bertentangan dengan yang seharusnya, hal ini mereka lakukan agar situasi atau kondisi kerja dapat sesuai dengan yang mereka inginkan. Dengan kata lain, bahwa kebijakan yang sering kali dilakukan dan diselenggarakan oleh para birokrat level bawah cenderung bersifat lebih personal, dan pada umumnya juga bersifat “segera” sesuai dengan kebutuhan masyarakat di lapangan. Biasanya dalam membuat keputusan, mereka lebih terfokus pada individu dan terkadang menyimpang dari aturan yang telah ditetapkan organisasi.

Keputusan yang dibuat birokrat level bawah dalam memberikan pelayanan masyarakat, umumnya juga berpengaruh terhadap kelangsungan hidup masyarakat penerima layanannya. Oleh karena itu, mereka dituntut harus dapat memahami reaksi masyarakat secara personal terhadap keputusan pelayanan yang dibuat, terlebih lagi mereka harus mengatasi akibat dari keputusan yang mereka berikan dalam pelayanan masyarakat.



Lipsky juga menyoroti tentang adanya diskresi yang dapat terjadi. Lipsky (1980) mengatakan bahwa *“unlike lower-level worker in most organization, street-level bureaucrats have considerable discretion in determining the nature, amount, and quality of benefits and sanctions provided by their agencies”*. Lipsky memaknai diskresi sebagai derajat kebebasan dalam menggunakan kewenangan oleh masing-masing individu, baik dalam proses pengambilan keputusan maupun pelaksanaan kebijakan sehubungan dengan pelayanan yang akan diberikan kepada masyarakat.

Adanya derajat kebebasan ini, dapat memungkinkan masing-masing birokrat level bawah dalam suatu organisasi pelayanan publik untuk menggunakannya dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik, meskipun dalam pelaksanaannya disesuaikan dengan kepentingan yang berbeda dan oleh dorongan yang juga tidak sama. Hal ini menyebabkan tidak seragamnya pelayanan yang diperoleh masyarakat oleh para birokrat level bawah.

Berkaitan dengan hal tersebut, mereka dapat melakukan :

1. Menyeleksi para penerima layanan (klien)

Mereka dapat mengubah kriteria siapa yang layak mendapatkan pelayanan, dan mereka dapat menentukan sesuka hati siapa saja yang dapat menerima pelayanan tersebut. Sebagai contohnya, dalam pelayanan kesehatan di sebuah rumah sakit untuk masyarakat miskin. Para petugas kesehatan dapat mengubah persyaratan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan tersebut dengan menambahkan atau mengurangi salah satu persyaratan. Kemudian, mereka dapat menentukan siapa yang layak menerima pelayanan tersebut, bisa saja keluarga atau teman dekat mereka.

2. Mengadvokasi beberapa orang yang mereka suka

Para birokrat level bawah dapat memberikan “nasihat” tertentu kepada salah satu atau beberapa kelompok calon penerima layanan. Nasihat tersebut terkait dengan bagaimana cara termudah mereka mendapatkan pelayanan atau nasihat-nasihat yang lain terkait dengan pemberian layanan.



### 3. Pendiskriminasian dalam memberikan pelayanan

Para birokrat level bawah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sering mendiskriminasikan para klien. Pendiskriminasian tersebut terjadi kepada klien yang tidak disukai oleh para birokrat level bawah, seperti masyarakat miskin, orang tua, ibu-ibu yang cerewet, dll. Pendiskriminasian tersebut dilakukan dengan cara mengulur-ulur waktu pemberian pelayanan dan mengubah peraturan yang berlaku.

Sebagai contoh, dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit keluarga miskin sering kali dihadapkan dengan birokrasi yang panjang sehingga waktu pemberian pelayanan sangat lama dan banyaknya syarat-syarat administratif yang harus mereka penuhi agar mendapatkan pelayanan kesehatan.

Hal tersebut berbanding terbalik dengan masyarakat dari kalangan atas yang mempunyai uang yang banyak. Mereka tidak dihadapkan dengan birokrasi yang panjang dan berbelit-belit, mereka juga tidak harus memenuhi persyaratan-persyaratan administratif yang cukup banyak.

Dengan melihat apa yang dapat mereka lakukan di atas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa mereka sebenarnya dapat mengubah kebijakan mengenai pelayanan yang bersangkutan di tingkat implementasinya. Mereka dapat melakukan hal-hal di atas akibat beberapa faktor, faktor tersebut adalah :

#### 1. Keadaan klien / konsumen yang heterogen

Sering kali dalam menjalankan tugasnya memberikan pelayanan kepada masyarakat sesuai dengan kebijakan yang ada, para birokrat level bawah banyak menemui kesulitan dalam mengimplementasikan kebijakan yang dibuat. Hal ini dikarenakan mereka melayani klien yang berbeda-beda, mulai dari karakter masing-masing individu, latar belakang (ekonomi, sosial, pendidikan, dll), kepentingan, dan status.

Sehingga para birokrat level bawah akhirnya membuat sebuah “kebijakan” baru yang berlaku bagi birokrat tersebut dalam rangka pemberian layanan kepada masyarakat. Kebijakan tersebut

disesuaikan dengan kondisi para klien, sehingga kebijakan yang diambil dapat berbeda dari satu klien ke klien yang lain.

## 2. Sumber daya

Sumber daya yang digunakan oleh para birokrat level bawah dalam memberikan layanan kepada masyarakat terbatas, hal inilah yang membuat mereka membuat peraturan / kebijakan tersendiri untuk menyiasati sumber daya yang terbatas.

## 3. Kewenangan

Kewenangan yang dimiliki oleh birokrat level bawah juga berperan penting dalam proses pembuatan kebijakan oleh para birokrat tersebut. Semakin tinggi / besar wewenang yang dimiliki oleh para birokrat tersebut, maka semakin mudah mereka membuat kebijakan tersendiri dan semakin besar kewenangan yang mereka miliki, semakin lemah pengawasan dan pengontrolan terhadap mereka, sehingga mereka sangat mungkin melakukan penyelewengan.

Selain faktor-faktor yang telah disebutkan di atas, terdapat penyebab / alasan lain yang membuat mereka dapat mengubah kebijakan yang ada. Hal tersebut adalah :

### 1. Peraturan yang ada, belum tentu efektif diterapkan kepada setiap orang.

Peraturan yang sesuai dengan kebijakan tersebut kadang-kadang hanya efektif jika ditujukan bagi beberapa orang, sehingga bagi orang lain hanya menimbulkan kesulitan dalam memperoleh pelayanan. Sebagai contoh, peraturan yang umum dalam upaya memperoleh pelayanan kependudukan akan efektif jika kliennya merupakan manusia normal, tetapi akan tidak efektif jika kliennya merupakan penyandang cacat.

### 2. Kebijakan yang ditetapkan sering kali samar

Samar yang dimaksud adalah tidak jelasnya atau petunjuk pelaksanaan yang ambigu sehingga menimbulkan banyak penafsiran dalam pelaksanaan kebijakan tersebut. Hal tersebut yang menyebabkan banyaknya perbedaan pelaksanaan kebijaksanaan di lapangan.

3. Tidak jelasnya tujuan dari kebijakan / program

Akibat tidak jelasnya tujuan dari program / kebijakan tersebut, maka proses pelaksanaannya juga tidak jelas. Masing-masing birokrat level bawah dapat menentukan tujuan sesuai dengan yang mereka kehendaki, begitu juga dengan proses pelaksanaan program / kebijakan tersebut.

4. Kurangnya pengawasan akibat besarnya kewenangan

Semakin besar kewenangan yang dimiliki oleh birokrat level bawah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, maka semakin minimnya pengawasan. Sehingga mereka dapat melakukan apa saja yang mereka anggap sesuai dengan tugas mereka dan keinginan mereka, entah itu sesuai dengan hukum atau tidak.

Pada penelitian ini, konteks diskresi yang ingin peneliti angkat adalah diskresi yang terjadi pada tingkatan bawah pelaksanaan Kebijakan BPJS-Kesehatan. Tingkatan bawah yang dimaksud adalah tingkatan pada saat Kebijakan BPJS-Kesehatan dilaksanakan oleh birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen. Pelaksanaan pada tingkat bawah tentunya berkaitan dengan pelaksanaan pada tingkat manajerial, pada penelitian ini peneliti juga akan melihat apakah terjadi diskresi pada tingkatan manajerial. Namun peneliti akan memfokuskan pada diskresi yang terjadi di tingkatan bawah.

### **2.3.2 Bentuk Diskresi Menurut Michael Lipsky**

Berdasarkan uraian di atas mengenai penyebab dan situasi yang dapat memicu terjadinya diskresi, Lipsky menjelaskan bentuk diskresi yang biasanya terjadi.

#### **2.3.1.1 Pembatasan terhadap akses dan permintaan**

a. Biaya pelayanan

Pada dasarnya tidak ada batasan terhadap permintaan terhadap barang publik. Lembaga atau pihak yang mengatur barang publik harus selalu dapat menyeimbangkan antara jumlah barang publik dengan permintaan. Hal tersebut dapat dilakukan dengan cara menyesuaikan jumlah atau tingkatan barang dan jasa yang berkaitan dengan barang dan jasa lain, atau dengan cara mengalokasikan jumlah barang dan jasa yang tetap antara kelas

atau penerima berbeda. Lipsky memberikan contoh pada pelayanan kepolisian, sering kali polisi sulit mengontrol beban kerja mereka karena sebagian besar polisi bertugas untuk merespon panggilan dari masyarakat, hal tersebut membuat polisi tidak bisa menyelesaikan pekerjaan mereka karena harus menghadiri panggilan masyarakat. Diskresi yang dilakukan oleh polisi tersebut dalam menyiasati hal itu adalah dengan tidak menghiraukan panggilan masyarakat tersebut sebelum tugas administrasi mereka selesai. Berdasarkan beban kerja mereka, pelayanan yang diberikan kepada masyarakat tidak dapat dijalankan dengan baik. Oleh karena itu, mereka melihat peluang mendapatkan keuntungan dari hal tersebut. Untuk mendapatkan prioritas dan akses mendapatkan pelayanan mereka mematok biaya yang harus masyarakat bayar.

Berdasarkan hal tersebut, dapat diketahui masyarakat yang mempunyai kelebihan tertentu (uang, jabatan, status sosial, informasi, dan pengaruh) dapat memicu terjadinya diskresi oleh pemberi pelayanan publik. Secara sadar pelayanan publik menciptakan biaya pelayanan di luar prosedur untuk menciptakan situasi yang menguntungkan mereka. Berikut beberapa aspek yang digunakan oleh pemberi layanan untuk menciptakan beban biaya pelayanan yang bertujuan membatasi akses terhadap pelayanan dan permintaan pelayanan.

#### 1) Uang

Ketidaktahuan masyarakat terhadap kebijakan dan program memicu pemberi layanan publik untuk menarik biaya dari pelayanan yang mereka berikan, hal tersebut diperparah dengan keinginan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang cepat sehingga hal tersebut menciptakan simbiosis mutualisme. Faktor ketidaktahuan masyarakat terhadap kebijakan dan program tidak menjadi faktor utama, tetapi adanya celah dalam kebijakan dan program (terutama kebijakan dan program pelayanan dasar seperti kesehatan, kependudukan, pendidikan, dll). Celah yang dimaksud adalah

celah bagi pemberi layanan publik untuk menetapkan tarif pelayanan, dengan celah tersebut pemberi pelayanan publik dapat menganggap penarikan biaya tersebut sebagai sebuah kebijakan bagi mereka.

2) Waktu

Tidak semua masyarakat bisa mendapatkan pelayanan yang sama pada waktu yang sama, oleh karena itu masyarakat diharuskan menunggu. Waktu menunggu tersebut menunjukkan bahwa masyarakat tidak mempunyai posisi tawar yang tinggi terhadap pelayanan. Waktu menunggu ini dimanfaatkan oleh pemberi layanan untuk melakukan diskresi yang bertujuan untuk memudahkan pekerjaan mereka sekaligus mendapatkan keuntungan. Untuk mendapatkan pelayanan, masyarakat dihadapkan dengan pilihan yaitu menunggu untuk mendapatkan pelayanan, atau mengganti waktu tersebut dengan biaya tambahan. Bagi masyarakat yang mempunyai kelebihan uang, mereka dapat dengan mudah mendapatkan waktu pelayanan yang cepat, namun bagi masyarakat biasa mereka harus rela menunggu dengan durasi waktu yang tidak tentu.

3) Informasi

Salah satu cara mendistribusikan pelayanan adalah dengan memberikan atau tidak memberikan informasi kepada masyarakat. Cara yang dilakukan untuk memberikan dan tidak memberikan informasi, pemberi layanan menerapkan sikap pilih kasih terhadap masyarakat yang akan dilayaninya, untuk menutupi sikap pilih kasih mereka sering kali pemberi layanan mengatas namakan prosedur layanan, kebijakan layanan yang berujung pada masyarakat tidak dapat memahami bentuk layanan tersebut.

4) Psikologi

Pendistribusian pelayanan oleh pelayan publik dapat dilakukan dengan cara menciptakan beban psikologis kepada masyarakat. Menunggu saat pelayanan adalah salah satu



contoh beban psikologis yang dialami oleh masyarakat, terutama jika masyarakat tersebut sadar secara pribadi bahwa menunggu adalah hal yang wajar dalam mendapatkan pelayanan, hal tersebut akan berakibat terhadap berkurangnya permintaan untuk mendapatkan pelayanan oleh masyarakat.

b. Antrian.

Mengantri tidak dapat dilepaskan dari upaya untuk mendapatkan sebuah pelayanan publik oleh masyarakat. Mengantri dipandang oleh provider layanan sebagai cara untuk mengatur masyarakat yang menggunakan layanan mereka karena dipandang sebagai metode yang adil, namun dengan metode mengantri ini masyarakat harus menunggu sampai mendapatkan pelayanan. Ketika masyarakat menunggu, secara tidak langsung mereka harus menerima kenyataan bahwa beban menunggu merupakan konsekuensi karena sumber daya provider pelayanan hanya mampu melayani sejumlah tersebut. Mereka juga dibebani oleh tekanan sosial oleh masyarakat lain yang menunggu. Akibat dari metode ini, masyarakat yang tergabung dalam antrian, ruang tunggu, dan berbagai macam metode untuk mendapatkan layanan lainnya, masyarakat tersebut menanggung beban dan tekanan yang sama.

c. Rutinitas

Permasalahan bagi pelayan publik adalah masyarakat yang mampu untuk berinteraksi dengan fleksibel pada saat pendistribusian layanan atau barang, tentunya jika masyarakat tersebut banyak jumlahnya maka pelayan publik akan kehilangan keuntungan yang mereka dapatkan. Untuk mengatasi hal tersebut pemberi layanan publik cenderung untuk mengurangi interaksi mereka dengan masyarakat. Pengurangan interaksi mereka dengan masyarakat ditempuh dengan dua cara, pertama menyusun prosedur pelayanan untuk menjamin akuntabilitas dan keadilan, tentu juga untuk melindungi pemberi layanan dari tanggung jawab kepada masyarakat. Prosedur tersebut menjadi



sebuah rutinitas yang berlangsung secara berulang-ulang dan dengan pola yang sama.

Kedua, rutinitas memberikan alasan legal untuk tidak bereaksi secara fleksibel. Sehingga akan tercipta kesan bahwa birokrasi bukan merupakan sebuah solusi tetapi merupakan masalah. Hal tersebut mengakibatkan berkurangnya permintaan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan.

#### **2.3.1.2 Ketidakadilan administrasi**

Barang publik dan pelayanan di distribusikan dengan menentukan biaya dan membatasi jumlahnya. Barang publik dan pelayanan juga didistribusikan dengan cara mendistribusikan sesuai dengan kelas masyarakat dan klaim dari masyarakat. Pelayanan publik didistribusikan secara berbeda oleh pemberi layanan berdasarkan 4 sebab. Pertama, sebagian masyarakat menuntut birokrasi untuk dapat merespon dan mengerti kondisi mereka dalam upaya mendapatkan pelayanan. Kedua, pemberi layanan menginginkan adanya peningkatan dalam hidup masyarakat penerima layanan. Ketiga, pemberi layanan membutuhkan adanya pembedaan terhadap masyarakat penerima layanan. Keempat, pembedaan terhadap masyarakat membantu pemberi layanan dalam mengatur beban kerja mereka.

Masyarakat pengguna layanan menjadi pihak yang tidak diuntungkan dalam praktik diskresi ini, ketika pemberi layanan dihadapkan dengan banyaknya masyarakat yang menggunakan layanan, pemberi layanan cenderung untuk memilih masyarakat yang dapat memudahkan pekerjaan mereka. Hal ini dapat terjadi walaupun masyarakat berhak untuk mendapatkan pelayanan yang adil. Hal tersebut disebabkan provider mendapatkan insentif berdasarkan kepuasan masyarakat bukan berdasarkan risiko pelayanan yang diambil oleh provider. Jika masyarakat mempunyai kedudukan yang sama di mata provider tetapi tidak semua masyarakat dapat dilayani, maka tingkat keberhasilan individu dalam melayani masyarakat harus ditingkatkan. Hal tersebut sulit terwujud karena penentuan kriteria masyarakat yang tergolong dalam “risiko tinggi” dan “mudah” sangat

sulit ditentukan, terlebih hal tersebut bertentangan dengan peraturan yang ada. Terjadinya hal tersebut disebabkan kurangnya kontrol terhadap keberhasilan memberikan pelayanan oleh provider.

1. Tindakan bias dari pemberi layanan

Tindakan bias dari pemberi layanan bersumber dari adanya dua kepentingan yang berbeda yang harus mereka hadapi. Di satu sisi mereka harus memilih siapa yang akan mereka layani demi kepentingan mereka, di satu sisi yang lain norma dan peraturan instansi tidak memperbolehkan hal tersebut. Menurut Lipsky, selain kedua hal tersebut faktor lain yang mempengaruhi terjadinya perilaku bias dari pemberi layanan adalah sebagai berikut :

- a. Adanya perbedaan terhadap masyarakat, berdampak pada sulitnya untuk mengukur kinerja dari pelayanan yang diakses, atau dengan kata lain kinerja pelayanan yang diharapkan tidak akan pernah tercapai. Hal yang kontradiktif adalah peraturan tidak memperbolehkan untuk menelusuri/menyelidiki tindakan-tindakan perbedaan tersebut, bahkan akses untuk menyelidiki tersebut dibatasi oleh peraturan.
- b. Norma pelayanan yang ada dalam sebuah pelayanan publik seharusnya berfungsi mengurangi terjadinya perlakuan bias oleh pemberi layanan. Namun norma pelayanan tersebut sering kali dijadikan justifikasi perlakuan bias mereka.
- c. Jika tindakan bias dari pemberi layanan terdeteksi selain norma, mereka menjustifikasi tindakan mereka atas nama kebijakan dari atasan, atau kemauan/kepentingan beberapa masyarakat yang berpengaruh atau kelompok besar masyarakat, dan mereka tidak bisa menghindarnya.
- d. Norma dalam pelayanan membantu dalam mengidentifikasi kelompok masyarakat pengguna layanan yang menyimpang dari peraturan yang seharusnya. Norma tersebut juga bermanfaat dalam menentukan tindakan intervensi apa yang harus dilakukan terhadap kelompok masyarakat yang menyimpang tersebut, selain itu dampak yang ditimbulkan dari

intervensi tersebut juga dapat dilihat. Lipsky juga menjelaskan bahwa pemberi layanan dalam bertindak berdasarkan perilaku dari masyarakat yang dilayaninya, jika perilaku mereka menyimpang dari norma yang berlaku maka perbedaan pemberian layanan terhadap masyarakat tersebut akan berlaku.

- e. Jika tindakan perbedaan pelayanan terjadi akibat adanya penyimpangan perilaku masyarakat pengguna layanan terhadap norma pelayanan, pemberi layanan selalu melihat implikasi dari tindakan perbedaan tersebut bagi dirinya. Oleh karena itu pemberi layanan bertindak dengan menyesuaikan ekspektasi lembaga terhadap pelayanan tersebut sesuai dengan perilaku masyarakat.
- f. Metode pengukuran kinerja yang tidak efektif dalam mengukur perilaku masyarakat menjadikan pemberi layanan melakukan pengukuran berdasarkan pengalaman mereka. Hal ini diperkuat dengan kenyataan bahwa tidak ada orang lain yang menguasai *job description* mereka, sehingga tidak ada resistensi terhadap apa yang mereka lakukan. Pemberi layanan menerima berbagai macam informasi dan mampu memilah informasi yang dapat memperkuat tindakan mereka dan menolak informasi yang bertentangan dengan apa yang mereka perbuat.

Pemberi layanan secara sadar melihat lingkungan di sekitarnya berdasarkan sudut pandang mereka. Konsep mengenai masyarakat tergantung pada sudut pandang yang membebaskan mereka dari tanggung jawab terhadap kualitas pelayanan yang didapatkan oleh masyarakat.

#### **2.3.1.3 Mengatur masyarakat dan situasi kerja**

Salah satu fungsi birokrat level bawah bukan untuk membatasi pelayanan kepada masyarakat, tetapi untuk memastikan masyarakat mematuhi prosedur pelayanan yang ada. metode yang digunakan untuk memaksa masyarakat mematuhi prosedur pelayanan sering kali tidak sesuai dengan kebijakan. hal ini konsisten dengan konsep

birokrat level bawah dalam menyusun rutinitas kerja dengan risiko seminimal mungkin. Berikut adalah beberapa aspek yang berperan dalam upaya mengontrol masyarakat :

1. Pemberi layanan berinteraksi dengan masyarakat dengan cara memperkuat peran mereka dan membatasi interaksi mereka dengan masyarakat.
2. Interaksi antar pengguna layanan dibatasi. Birokrasi pelayanan disusun sedemikian rupa agar pengguna layanan tidak mengetahui kondisi pengguna layanan yang lain. Perlakuan ini mengakibatkan pengguna layanan berpikir bahwa yang bertanggung jawab atas diri mereka adalah diri mereka sendiri.
3. Pelayanan yang diberikan oleh pemberi layanan diberikan dengan ramah kepada pengguna layanan. Hal ini mereka lakukan untuk membentuk opini pengguna layanan bahwa pelayanan yang mereka berikan berkualitas.
4. Pengguna layanan berperan aktif dalam mendapatkan pelayanan.
5. Interaksi dengan pengguna layanan didesain secara berjenjang, sehingga pemberi layanan dapat mengontrol tindakan, waktu, dan langkah yang diambil.
6. Ketika mengontrol masyarakat pengguna layanan dihadapkan pada situasi yang sulit, interaksi antara pemberi dan penerima layanan dilakukan dengan mekanisme kontrol rutin. Beberapa pemberi layanan tidak dapat bergantung sepenuhnya pada sistem yang ada dalam mengontrol masyarakat pengguna layanan, oleh karena itu mereka menyusun sebuah agenda rutin yang bertujuan agar pengguna layanan secara inisiatif mempersiapkan diri mereka sebelum mendapatkan layanan.
7. Pemberi layanan menciptakan sanksi untuk memberikan hukuman atas tindakan yang tidak mematuhi peraturan yang disusun oleh pemberi layanan.

#### **2.3.1.4 Mempengaruhi mentalitas klien**

Ketika melaksanakan sebuah kebijakan atau sebuah pelayanan, birokrat level bawah tidak hanya dihadapkan pada keadaan di mana secara kinerja dia harus mampu memenuhi apa yang telah menjadi

standar lembaga dengan segala kekurangan yang ada, tetapi faktor psikologis mempunyai peran yang penting dalam terdistribusikannya pelayanan / terlaksananya sebuah kebijakan. Faktor psikologis mempengaruhi kualitas pekerjaan dan kepuasan *street level bureaucrats*, menurut Lipsky terdapat dua faktor yang mempengaruhi hal tersebut, pertama mereka mengubah tujuan agar sesuai dengan kemampuan yang miliki. Kedua, mereka memberikan pelayanan yang minimal kepada masyarakat, hal tersebut mereka lakukan karena mereka tidak bisa memberikan pelayanan yang berkualitas kepada semua masyarakat pengguna layanan sesuai dengan standar yang telah ditentukan.

1. Memodifikasi konsep kerja : tekanan antara kemampuan dan tujuan.

Lipsky menjelaskan bahwa tekanan pekerjaan pada birokrat level bawah cukup besar, akibat besarnya tekanan pekerjaan tersebut banyak birokrat level bawah yang berhenti untuk menghindarinya. Bagi birokrat level bawah yang tidak berhenti, mereka melakukan proses adaptasi, khususnya adaptasi secara psikologis, dengan cara menolak tanggung jawab pribadi terkait dengan kinerja organisasi seperti tidak mematuhi peraturan, tidak berpartisipasi terhadap upaya peningkatan kinerja organisasi, dll. Lipsky berpendapat paduan antara proses adaptasi psikologis yang terjadi dengan sulitnya mengukur kinerja pegawai menjadi penyebab utama buruknya kinerja organisasi.

Lipsky menjelaskan upaya birokrat level bawah melakukan adaptasi psikologis, mereka melakukan beberapa hal sebagai berikut :

- a. Menentukan tujuan pribadi

Berdasarkan tujuan organisasi yang kadang sulit dicapai akibat tidak mempunyai sumber daya manusia dalam mencapai tujuan tersebut, maka birokrat level bawah menyesuaikan pemahaman terhadap pekerjaan mereka yang bertujuan untuk memudahkan mereka mencapai tujuan organisasi. Berdasarkan hal tersebut mereka menentukan

pemahaman mengenai pekerjaan mereka saat berhadapan dengan klien, di mana mereka mengeluarkan usaha yang ekstra dalam melayani klien tersebut. Pemahaman tersebut sering kali merupakan pemahaman secara pribadi yang melihat tujuan organisasi menjadi lebih sederhana.

b. Spesialisasi

Spesialisasi dalam organisasi berfungsi sebagai upaya pencapaian tujuan organisasi secara efektif, dengan cara membiarkan birokrat level bawah mengembangkan keahlian yang berhubungan dengan pekerjaan mereka. Spesialisasi juga bermanfaat dalam mengurangi tekanan saat melaksanakan pekerjaan yang dialami oleh birokrat level bawah.

c. Ideologi

Ideologi yang dipahami oleh birokrat level bawah dapat berfungsi sebagai sebuah cara untuk memacu mereka dalam mencapai tujuan organisasi.

d. Menghindar dari diskresi

Terkadang birokrat level bawah membatasi pekerjaan mereka dengan cara memodifikasi otoritas mereka. Dengan menentukan batasan otoritas, mereka mampu lepas dari tanggung jawab terhadap pencapaian *outcome* organisasi dan mengurangi tekanan karena tidak seimbangnya antara sumber daya dan tujuan. Menghindari diskresi merupakan cara yang umum dalam mengurangi tanggung jawab. Birokrat level bawah tidak mengakui bahwa mereka mempunyai pengaruh, bebas membuat keputusan atau membuat alternatif keputusan. Mereka taat kepada aturan dan menolak untuk membuat keputusan sendiri saat pembuatan keputusan sendiri dapat dilakukan, hal tersebut dapat menjadi dasar mereka tidak melakukan tindakan di luar peraturan bahkan di saat klien meminta pelayanan di luar peraturan yang ada.



## 2. Memodifikasi konsep klien

Birokrat level bawah diharapkan mampu memberikan pelayanan yang sama terhadap setiap orang. Kecenderungannya, birokrat level bawah tidak mampu memberikan pelayanan yang sama dan adil kepada setiap orang. Hal tersebut termasuk faktor suka atau tidak suka terhadap klien, sulitnya untuk mengukur kinerja birokrat level bawah, tidak adanya umpan balik/kritik/saran sebagai motivasi atau pengaruh terhadap sikap birokrat level bawah, dan ideologi yang justru membedakan klien. Memodifikasi pemahaman mengenai klien tidak berarti birokrat level bawah lebih memilih salah satu klien dari pada klien lainnya. Memodifikasi pemahaman mengenai klien membuat birokrat level bawah untuk bekerja secara fleksibel dan penuh tanggung jawab.

Bagi birokrat level bawah yang tidak mampu memberikan pelayanan yang adil dan berkualitas kepada klien, mereka mengidentifikasi klien menjadi beberapa kelompok dan memberikan pelayanan sesuai dengan karakteristik kelompok tersebut. Hal ini mampu membawa dampak terhadap kinerja birokrat level bawah, karena birokrat level bawah dapat memberikan pelayanan yang maksimal kepada kelompok tertentu yang dapat mereka layani dengan maksimal. Tentunya pelayanan yang maksimal dan berkualitas tersebut hanya sebatas pada kelompok klien tertentu. Sedangkan bagi kelompok yang lain tidak mendapatkan pelayanan yang berkualitas, sehingga asas keadilan tidak dapat dipenuhi.

### 2.4 Hubungan Antara Implementasi Kebijakan Publik dengan *Street Level Bureaucracy*

Implementasi kebijakan publik dengan birokrat level bawah mempunyai hubungan yang jelas dan langsung. Berdasarkan penjabaran mengenai teori *street level bureaucracy* yang dikemukakan oleh Lipsky di atas, birokrat level bawah dapat mempengaruhi implementasi kebijakan melalui diskresi yang mereka lakukan. Untuk dapat melihat lebih jelas terkait hubungan antara implementasi kebijakan publik dengan birokrat level bawah, maka peneliti

akan menjabarkan hubungan antara implementasi kebijakan publik dengan birokrat level bawah menggunakan teori yang dikemukakan oleh Meyers dan Vorsangers dan Smith.

#### 2.4.1. Meyers dan Vorsangers

Meyers dan Vorsanger (2012) melihat bahwa *street level bureaucracy* dapat mempengaruhi proses implementasi kebijakan, “*by virtue of their position at the interface between citizens and the state, street-level bureaucrats have significant opportunities to influence the delivery of public policies*”. Dilihat dari posisi birokrat level bawah yang berada di antara masyarakat dan negara, maka birokrat level bawah mempunyai peluang untuk mempengaruhi implementasi sebuah kebijakan. Peluang untuk mempengaruhi implementasi kebijakan dijelaskan lebih lanjut disebabkan karena *street level bureaucrat* berinteraksi langsung dengan masyarakat / target sasaran kebijakan, sehingga terjadi diskresi oleh *street level bureaucrat*.

Seperti yang telah dijelaskan oleh Lipsky, salah satu fungsi dari birokrat level bawah adalah implementor kebijakan, dan dalam mereka mengimplementasikan kebijakan, dapat terjadi penyesuaian sesuai dengan apa yang mereka alami dan sering kali penyesuaian tersebut tidak sesuai dengan prosedur implementasi. Hasenfeld dalam Meyers dan Vorsanger (2012) menyatakan bahwa

*“When this output involves direct contact with citizens, the ability of supervisors to monitor and direct staff activities is even more constrained. In contrast to other production processes, ‘people changing’ services and regulation require front-line workers to engage in a joint production process with their raw materials; workers can rarely produce desired policy outcomes without the active cooperation of the individuals who are beneficiaries of public services or the targets of public regulations”*.

Berdasarkan pernyataan Hasenfeld dalam Meyers dan Vorsangers tersebut, akibat interaksi langsung antara birokrat level bawah dengan masyarakat pengawasan dari manajer / supervisor dapat berkurang / hilang sama sekali. Akibatnya birokrat level bawah dapat menentukan dampak kebijakan apa yang mereka inginkan, dan dampak kebijakan tersebut bisa saja tidak sesuai dengan dampak kebijakan yang menjadi tujuan utamanya.

#### 2.4.1.1 Faktor yang mempengaruhi diskresi oleh birokrat level bawah

Terjadinya diskresi oleh birokrat level bawah pada implementasi kebijakan tidak begitu saja terjadi, terdapat beberapa penyebab terjadinya diskresi. Meyers dan Vorsangers (2012) menjelaskan terdapat beberapa penyebab / faktor yang melatarbelakangi terjadinya diskresi, yaitu :

##### 2.4.1.1.1 Politik

Banyak penelitian yang dilakukan oleh para ahli terkait hubungan antara politik dan diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah. Penelitian yang dilakukan oleh Keiser dalam Meyers dan Vorsangers (2012) pada sistem administratif di negara-negara bagian Amerika Serikat, ditemukan bahwa partai politik pada legislatif berpengaruh terhadap peningkatan kualitas pelayanan publik, yaitu pelayanan bagi penyandang disabilitas, meningkatkan pelayanan kesehatan dan keselamatan kerja, dan pelayanan kesehatan bagi anak-anak. Pengaruh tersebut disebabkan kontrol demokratis lokal yang dilakukan oleh birokrat level bawah, sebagai akibat dari lemahnya kontrol demokratis di tingkat nasional.

Kontrol yang dilakukan oleh birokrat level bawah tersebut dapat merupakan salah satu bentuk reaksi karena lemahnya sistem kontrol kebijakan oleh legislatif, sehingga mereka (dengan kewenangan yang dimilikinya) melakukan diskresi. Keiser dalam Meyers dan Vorsangers (2012) juga menyatakan bahwa hasil dari penelitian tersebut membuktikan bahwa politik berpengaruh secara tidak langsung terhadap terjadinya diskresi.

Lin (2000) dalam penelitiannya mengenai kebijakan edukasi di penjara, menyebutkan bahwa hasil dari kebijakan tersebut bervariasi antar penjara satu dengan yang lain, terdapat penjara yang mampu mengimplementasikan kebijakan tersebut sesuai dengan tujuan yang diharapkan, namun di penjara yang lain implementasi kebijakan tersebut tidak berjalan dengan baik. Hal tersebut disebabkan karena

implementasi kebijakan yang lemah oleh staf penjara. Berdasarkan hal tersebut, Lin menyimpulkan bahwa kontrol / pengawasan implementasi kebijakan oleh staf / birokrat level bawah sulit dilakukan, karena staf / birokrat level bawah mempunyai peluang yang besar dalam melaksanakan kebijakan sesuai dengan apa yang mereka pahami dan inginkan. Hal tersebut menyebabkan kebijakan dapat di implementasikan secara utuh maupun secara terpisah.

#### 2.4.1.1.2 Kontrol Organisasi

Faktor kontrol organisasi berkaitan dengan aspek internal organisasi tersebut, bagaimana tugas dan wewenang di delegasikan, dibagi, beban kerja, dan konfigurasi sumber daya manusia di organisasi tersebut. Meyers dan Dillon (1999) dalam penelitiannya mengenai gagalnya birokrat level bawah dalam mengimplementasikan reformasi kesejahteraan di California menemukan bahwa tercipta "*paradox*" yang disebabkan oleh penerapan peraturan baru bagi para birokrat level bawah oleh pembuat kebijakan, namun dengan sistem penilaian kinerja, insentif, dan struktur yang tetap.

Simon dalam Meyers dan Vorsangers (2012) menyatakan bahwa "*Complexity increases the need for discretionary judgements by front-line workers along with the difficulty of overseeing and monitoring their actions*". Berdasarkan pendapat Simon tersebut semakin kompleks tugas yang diberikan maka tingkat diskresi akan semakin meningkat. Lebih jauh Simon menyatakan bahwa upaya politis dalam mengontrol tingkat diskresi dalam implementasi kebijakan dengan memberlakukan peraturan yang detail semakin meningkatkan tingkat diskresi. Brodtkin dalam Simon dan Vorsangers (2012) juga menyatakan bahwa diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah disebabkan mereka tidak hanya melakukan apa yang di perintahkan atau apa yang harus mereka lakukan, tetapi diskresi terjadi karena "apa yang bisa mereka perbuat". Brodtkin juga menyatakan bahwa organisasi

harus menerapkan batasan-batasan terhadap tindakan yang dapat dilakukan oleh birokrat level bawah, dan tindakan yang tidak dapat dilakukan.

Winter dalam Simon dan Vorsangers (2012) menyatakan bahwa sumber daya merupakan faktor penting dalam upaya mengurangi diskresi yang terjadi. Dijelaskan oleh Winter bahwa kurangnya sumber daya yang dimiliki oleh organisasi cenderung meningkatkan terjadinya diskresi. Sudut pandang lain diutarakan oleh Lin dalam Simon dan Vorsangers (2012) yang melihat bahwa kebijakan harus sesuai dengan konteks organisasi.

#### 2.4.1.1.3 Ideologi birokrat level bawah dan norma profesi

Faktor ideologi dan norma profesi merupakan faktor internal yang berasal dari birokrat level bawah itu sendiri dan bersifat mengikat. Brehm dan Gates (1997) menyatakan bahwa supervisi yang dilakukan terhadap birokrat level bawah tidak berdampak signifikan terhadap kinerja dan kesesuaian pekerjaan dengan aturan yang ada, yang terjadi adalah birokrat level bawah mempunyai aturan tersendiri (*self regulating*), diskresi yang terjadi sebagai akibat dari norma dan nilai dari pelayanan publik yang mereka anut, norma dan nilai tersebut juga menjadi norma dan nilai yang dianut oleh rekan kerjanya yang lain sehingga semakin memperkuat diskresi yang terjadi. Selain itu persepsi terhadap output yang akan dicapai oleh kebijakan itu sendiri juga berpengaruh terhadap diskresi yang terjadi.

Berdasarkan penjabaran mengenai tiga faktor yang mempengaruhi terjadinya diskresi tersebut, maka politik mempengaruhi terjadinya diskresi dapat secara langsung dan tidak langsung. Peneliti menyimpulkan bahwa lemahnya kontrol terhadap kebijakan secara politik dapat mempengaruhi sikap birokrat level bawah dalam implementasi kebijakan tersebut. Sesuai dengan apa yang telah disampaikan oleh Keiser dalam Meyers dan Vorsangers di atas, lemahnya kontrol



politis oleh legislatif terhadap kebijakan dapat mempengaruhi birokrat level bawah untuk menentukan sistem kontrol sendiri terhadap kebijakan tersebut.

Faktor kontrol organisasi juga berpengaruh terhadap tingkat diskresi, berdasarkan penjabaran di atas, peneliti menyimpulkan bahwa tingkat diskresi yang dipengaruhi oleh kontrol organisasi mencakup sumber daya yang dimiliki oleh organisasi tersebut, beban kerja, dan kesesuaian kebijakan dengan karakteristik organisasi. Sumber daya manusia yang ada dalam sebuah organisasi harus seimbang dengan beban kerja dan tugas yang dilakukannya, selain itu sarana dan prasarana pendukung juga harus memadai. Penentuan beban kerja dalam implementasi kebijakan juga harus sesuai, beban kerja yang terlalu berat akan menyebabkan birokrat level bawah tidak dapat melaksanakan pekerjaannya dengan efektif dan efisien.

Berdasarkan hasil penjabaran di atas, dapat dilihat selain faktor eksternal yang dapat mempengaruhi terjadinya diskresi, terdapat faktor internal yang berasal dari ideologi dan norma profesi dari birokrat level bawah. Peneliti menyimpulkan faktor eksternal seperti politik dan kontrol organisasi di atas merupakan faktor yang dapat diprediksi dan dapat disusun sebuah strategi dalam upaya menjaga tingkat diskresi tidak terlalu tinggi. Namun faktor internal yang berupa ideologi dan norma profesi merupakan faktor yang tidak dapat dikontrol oleh organisasi, sehingga tujuan dan proses implementasi kebijakan dapat berubah sesuai dengan ideologi dan norma profesi dari birokrat level bawah. Oleh karena itu peneliti berpendapat bahwa sebelum proses implementasi kebijakan harus dilakukan proses analisis terhadap birokrat level bawah dari organisasi implementor, selain itu juga harus dilakukan transfer informasi terhadap kebijakan tersebut kepada birokrat level bawah, sehingga pemahaman dan tujuan dari kebijakan tidak



bertolak belakang dengan ideologi dan norma profesi yang ada di birokrat level bawah.

2. Birokrat level bawah berdasarkan aspek normatif

Meyers dan Vorsangers (2012) menyoroti fenomena diskresi oleh birokrat level bawah yang berpengaruh besar terhadap *output* kebijakan dan *outcome* kebijakan yang ingin dicapai. Meyers dan Vorsangers berpendapat bahwa diskresi dapat mempengaruhi outcome kebijakan secara normatif, pengaruh tersebut mencakup tiga hal, yaitu pemerintahan demokratis, keadilan bagi masyarakat, dan pencapaian kebijakan.

a. Pemerintahan demokratis

Meyers dan Vorsangers (2012) berpendapat bahwa birokrat level bawah mempunyai imunitas terhadap kontrol dan pengaruh dari legislatif, hal tersebut disebabkan birokrat level bawah tidak dipilih dan diangkat oleh legislatif dan mereka tidak terpengaruh oleh adanya pemilihan umum (pemilu). Legislatur, dalam implementasi kebijakan yang mereka rancang tidak mempunyai kontrol yang penuh hingga tingkat implementasi yang paling kecil. Legislatur dalam menjalankan fungsi kontrolnya hanya memanfaatkan jenjang manajerial / birokrasi yang ada dalam sistem kebijakan tersebut, akibat hal tersebut terjadi gap antara legislatur dan proses implementasi kebijakan, sehingga sering kali kebijakan tersebut tidak berjalan sesuai dengan apa yang mereka inginkan.

Berdasarkan hal tersebut Meyers dan Vorsangers (2012) berpendapat

*“To the extent that elected officials cannot fully control their day-to-day decisions and actions, citizens have few mechanisms for assessing, much less controlling, their impact on policy. Policy goals may be displaced or distorted when front-line workers focus their energies on managing workloads, coping with job demands, or pursuing their own ideological, policy or political interests”*

Tidak terdapatnya akses legislatur dalam menjalankan fungsi kontrol mereka, menyebabkan terbatasnya masyarakat

turut serta mengawasi kebijakan yang berjalan dan kurangnya kontrol terhadap hasil pencapaian output kebijakan. Kurangnya kontrol tersebut dapat menyebabkan berubahnya tujuan kebijakan yang disebabkan oleh birokrat level bawah yang beban kerjanya terlalu tinggi, kebijakan yang tidak sesuai dengan ideologi birokrat level bawah, dan kepentingan politik.

Pada satu sisi yang lain, birokrat level bawah tidak sepenuhnya selalu menjadi penyebab berubahnya output dan *outcome* kebijakan. Ferman dalam Meyers dan Vorsangers (2012) menyatakan bahwa birokrat level bawah mempunyai kontribusi yang besar dalam pemerintahan demokratis dengan cara mengisi gap antara legislator dengan masyarakat. Mereka melakukan kontrol terhadap implementasi kebijakan. Scholz dkk (1991) mempunyai pandangan yang berbeda dalam hal ini, diskresi yang terjadi dapat mengakomodasi demokrasi dengan cara memberikan ruang bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam kebijakan.

Diskresi yang terjadi tidak selalu dimaknai sebagai sebuah fenomena yang membawa dampak negatif dalam implementasi sebuah kebijakan. Dalam pemerintahan yang demokratis, diskresi dapat pula menjadi dua sisi mata uang. Merugikan di satu pihak, di pihak lain dapat menguntungkan dengan mengakomodasi kepentingan masyarakat ke dalam kebijakan. Kontrol merupakan sebuah aspek yang sering kali hilang dalam implementasi sebuah kebijakan yang mempunyai jenjang hirarkis yang tinggi dan panjang. Fenomena diskresi mampu menjadi salah satu metode kontrol kebijakan.

b. Perlakuan kepada masyarakat

Posisi masyarakat dalam sebuah kebijakan maupun dalam pelayanan publik adalah sama, tidak berbeda satu dengan yang lain terlepas dari status sosial dan ekonomi mereka. Namun dengan beragamnya karakteristik dan kebutuhan masyarakat yang harus dilayani oleh birokrat level bawah dapat menimbulkan diskriminasi bagi masyarakat yang

dilayaninya. Diskriminasi yang terjadi dijelaskan oleh Vinzant dan Crothers (1998) sebagai sebuah diskresi oleh birokrat level bawah kepada masyarakat/user yang mereka kenal. Kedekatan masyarakat/user dengan birokrat level bawah baik secara emosional maupun karena alasan lain juga dilihat sebagai salah satu alasan adanya diskriminasi tersebut.

Akuntabilitas juga menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi terjadinya diskriminasi tersebut. Rendahnya akuntabilitas dalam implementasi kebijakan dapat memicu birokrat level bawah untuk memanfaatkan sumber daya dan kewenangan yang ada untuk melaksanakan diskriminasi terhadap masyarakat/user. Hal tersebut diperkuat dengan pendapat dari Hill dan Bramley (1986) yang menyatakan *"equally possible that the exercise of street-level discretion with minimal accountability gives workers undue power over the allocation of resource and enforcement of obligations. Street-level bureaucrats in gatekeeping roles may limit claimants' access to benefits to which they are entitled"*.

Dampak dan pengaruh yang ditimbulkan dari terjadinya diskriminasi tersebut adalah masyarakat/user/target group tidak dilayani dengan adil. Birokrat level bawah mempunyai kewenangan untuk menyeleksi siapa yang ingin mereka layani dan bagaimana bentuk pelayanan yang mereka berikan. Peneliti berpendapat bahwa secara normatif, diskriminasi tersebut bertentangan dengan prinsip bahwa masyarakat/user mempunyai posisi yang sama terlepas dari karakteristik dan kepentingan mereka terhadap sebuah kebijakan.

c. Pencapaian kebijakan

Berdasarkan penjabaran di atas, maka akan muncul sebuah pertanyaan yaitu bagaimana pengaruh diskresi terhadap pencapaian kebijakan? Diskresi, seperti yang telah dijelaskan di atas mampu mempengaruhi output dan outcome sebuah kebijakan. Terdapat dua kemungkinan berdasarkan kesimpulan tersebut, yaitu diskresi berdampak positif terhadap

kebijakan dan diskresi berdampak negatif terhadap kebijakan. Dampak positif diskresi terhadap kebijakan dijelaskan oleh Ingram, Pressman dan Wildavsky dalam Meyers dan Vorsangers (2012) yang menyatakan bahwa *"The ability of street-level workers to tailor policies to the realities of local communities and citizen-clients may improve both the responsiveness and effectiveness of public policies"*. Birokrat level bawah dipandang sebagai penghubung gap antara kebijakan dengan realita, sering kali implementasi kebijakan menjadi tidak efektif karena terdapat perbedaan antara implementasi kebijakan dengan realita yang ada, sehingga birokrat level bawah berfungsi sebagai pengadaptasi kebijakan dengan realita.

#### 2.4.2. Smith

Meyers menjabarkan hubungan antara birokrat level bawah dengan implementasi berdasarkan sudut pandang implementasi kebijakan. Dilihat dari sudut pandang implementasi kebijakan, diskresi yang terjadi dapat berpengaruh terhadap pencapaian tujuan kebijakan, dampak kebijakan, dan bahkan mempengaruhi implementasi kebijakan tersebut. Smith (2012) sesuai dengan bab yang ditulisnya dalam buku *Handbook of Public Administration "street level bureaucracy and public policy"* melihat diskresi melalui sudut pandang yang berbeda.

Smith berusaha untuk melengkapi sudut pandang yang telah dijabarkan oleh Meyers tersebut, Smith berusaha melihat diskresi melalui sudut pandang hak masyarakat sebagai warga negara untuk mendapatkan pelayanan publik. Pandangan tersebut berasal dari hubungan antara birokrat level bawah yang memandang masyarakat sebagai warga negara hanya sebagai konsumen. Smith berpendapat bahwa pandangan tersebut menghilangkan hak masyarakat sebagai warga negara, yaitu *"citizen rights"* atau hak warga negara, seperti hak mendapatkan keadilan dalam pelayanan publik, hak mendapatkan pelayanan yang berkualitas, dan lain sebagainya.

#### 1. Kewarganegaraan dan birokrat level bawah

Teori mengenai kewarganegaraan dikemukakan oleh T.H Marshall, Marshall dalam Smith (2012) menyatakan konsep mengenai hak warga negara (kewarganegaraan) muncul bersamaan dengan penyebaran pasar dan industrialisasi. Berkaitan dengan hal tersebut, Marshall dalam Smith (2012) membagi hak warga negara ke dalam tiga komponen. Pertama, hak sipil yaitu kebebasan berbicara, beragama, dan berkumpul yang dilindungi oleh negara. Kedua, hak politik yaitu hak memilih dan kerahasiaan saat memilih. Ketiga, hak sosial yaitu hak mendapatkan jaminan kesehatan, kesejahteraan (kesehatan dan jaminan pengangguran), asuransi pensiun, dan pelayanan publik.

Ketiga hak warga negara tersebut saling berkaitan satu dengan yang lain, dengan terpenuhinya hak sipil masyarakat maka hak politik otomatis dapat diperoleh, diperolehnya hak politik oleh masyarakat, maka hak sosial otomatis akan diperoleh. Pada konsep warga negara dari Marshall, warga negara sangat berhubungan dengan pasar, dan komunitas dengan negara. Jika warga negara sangat bergantung pada pasar, maka mereka harus mengeluarkan biaya untuk mendapatkan pelayanan publik, maka muncul sebuah konsekuensi warga negara yang mempunyai modal yang akan dapat menerima layanan.

Pandangan berbeda dikemukakan oleh Alexis de Tocqueville, Tocqueville dalam Smith (2012) melihat bahwa fungsi negara pada dasarnya adalah sebagai perantara / saluran warga negara menyalurkan partisipasinya dalam berbagai konteks sebagai wujud pelaksanaan demokrasi. Pandangan Tocqueville ini pada perkembangannya tidak mendapatkan pertentangan dari para ahli, namun pandangan tersebut digunakan sebagai pelengkap / penyeimbang dari pendapat Marshall. Berdasarkan pendapat Tocqueville tersebut, maka hak warga negara tidak dapat dimaknai secara sempit, yaitu hak warga negara dimaknai sebagai hak untuk memilih dan mendapatkan perlindungan sesuai dengan hukum yang berlaku. Tocqueville melihat hak warga negara adalah hak



warga negara untuk dapat berpartisipasi sebagai individu dalam seluruh aspek sosial dan politik.

## 2. Teori Kewarganegaraan dan Birokrat Level Bawah

Birokrat level bawah merupakan pintu utama warga negara memperoleh haknya, namun pendapat ini mendapatkan kritik dari Lipsky (1980), Lipsky mengkritik bahwa peran birokrat level bawah tidak mampu berperan sebagai pintu utama warga negara untuk mendapatkan haknya. Hal tersebut disebabkan birokrat level bawah mengalami kesulitan dalam merespon hak warga negara sebagai akibat tingginya permintaan pemenuhan hak warga negara yang tidak ditunjang dengan sumber daya yang memadai. Hal tersebut menyebabkan birokrat level bawah menggunakan kemampuan diskresi yang mereka miliki dan menyesuaikan pelayanan yang mereka berikan dengan sumber daya yang mereka miliki.

Konsekuensi dari hal tersebut terjadinya penolakan terhadap pelayanan publik yang sedemikian rupa disebabkan warga negara tidak dapat menerima haknya secara utuh. Sedangkan pada birokrat level bawah mengalami sebuah dilema, yaitu di satu sisi mereka harus menyesuaikan pelayanan dengan beban kerja dan sumber daya yang mereka miliki, di satu sisi mereka harus menyediakan pelayanan publik yang berkualitas. Smith (2012) menyatakan salah satu dampak dari fenomena tersebut dalam pelayanan kesehatan dan sosial berpengaruh tidak hanya pada hak sosial warga negara, tetapi juga berdampak pada kemampuan warga negara untuk dapat mengakses hak politik mereka.

Upaya untuk meminimalisir hal tersebut banyak dilakukan, salah satunya adalah pendekatan pemetaan maju. Pendekatan ini mengontrol diskresi birokrat level bawah melalui penambahan peraturan dan prosedur mengenai pekerjaan mereka. Pendekatan ini, terutama di Negara Inggris melahirkan mekanisme kontrol terhadap diskresi birokrat level bawah melalui mekanisme hierarkis birokratis yang bersifat *top-down*.

Elmore dalam Smith (2012) mengkritik pendekatan ini, Elmore berpendapat bahwa pendekatan tersebut tidak dapat memecahkan



masalah diskresi yang terjadi karena pendekatan tersebut mengasumsikan pembuat kebijakan mengawasi dan mengontrol birokrat level bawah secara langsung. Selain itu mengontrol diskresi dengan cara standarisasi kerja dan pengetatan peraturan akan menemui kesulitan karena birokrat level bawah mampu melakukan berbagai macam cara untuk memanipulasi peraturan dan prosedur. Elmore berpendapat bahwa pendekatan yang dilakukan harus melalui pendekatan *backward-mapping* atau pemetaan mundur. Pendekatan ini fokus pada proses / transaksi pelayanan yang dilakukan birokrat level bawah kepada warga negara. Melalui pendekatan ini, pembuat kebijakan dapat menyusun program dan mekanisme implementasi yang lebih efektif dengan melihat bagaimana pelayanan yang diberikan birokrat level bawah kepada warga negara.

3. Memperkuat birokrat level bawah dan warga negara

Elmore dalam Smith (2012) menyatakan bahwa keahlian yang dimiliki oleh birokrat level bawah sangat penting dalam meningkatkan efektivitas kinerja pelayanan. Elmore menyatakan keahlian yang dimiliki juga harus ditunjang dengan sumber daya yang sesuai, keahlian yang dimiliki oleh birokrat level bawah menjadi faktor penting yang dapat meningkatkan kinerja dan hal tersebut juga harus ditunjang dengan pengetahuan birokrat level bawah terhadap karakteristik dan kebutuhan dari masyarakat dan individu yang menjadi target pelayanan.

Keahlian yang dimiliki oleh birokrat level bawah tersebut dipandang sebagai keuntungan bagi implementasi kebijakan pelayanan publik. Birokrat level bawah dipandang telah mampu untuk menerjemahkan dan mengimplementasikan kebijakan secara tepat dan terperinci. Oleh karena itu terdapat desentralisasi kewenangan dalam implementasi kebijakan yang diberikan kepada birokrat level bawah untuk melaksanakan sebuah kebijakan sesuai dengan kondisi karakteristik dan kebutuhan masyarakat dan individu yang dilayani. Pada tahun 1997 Amerika Serikat telah mengadopsi mekanisme tersebut pada kebijakan pendidikan, di

mana guru diberikan wewenang khusus terkait implementasi kurikulum dan program (Schorr dalam Smith, 2012).

Implikasi dari pelaksanaan mekanisme tersebut adalah kuatnya peran warga negara dalam penentuan bentuk layanan yang diberikan, disebabkan karena karakteristik dan kebutuhan warga negara menjadi fokus dalam pemberian pelayanan oleh birokrat level bawah. Konsekuensi dari hal tersebut adalah warga negara dapat mempengaruhi kebijakan terkait pelayanan yang diberikan secara menyeluruh sesuai dengan apa yang mereka butuh kan.

Whitaker dalam Smith (2012) menyatakan bahwa fenomena tersebut merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat terhadap kebijakan yang dilaksanakan. Whitaker juga berpendapat bahwa partisipasi masyarakat tersebut harus diakomodir oleh provider layanan, di samping berfungsi sebagai upaya peningkatan layanan, partisipasi masyarakat tersebut berfungsi sebagai mekanisme penyeimbang kebijakan. Permasalahannya adalah bagaimana mekanisme penyaluran partisipasi masyarakat ke dalam pelayanan, apakah masyarakat dapat berpartisipasi ke dalam pelayanan pada proses perencanaan, implementasi, atau pada proses evaluasi. Jika proses penyaluran partisipasi masyarakat telah dapat ditentukan masih harus ditentukan bagaimana cara efektif penyaluran partisipasi tersebut.

Pemaknaan partisipasi masyarakat dalam kebijakan terlalu luas, masyarakat dapat diartikan masing-masing individu, kelompok kecil individu, maupun kelompok besar individu yang mempunyai hak yang sama. Untuk mempersempit pemaknaan masyarakat tersebut, maka yang dapat berpartisipasi dalam kebijakan adalah masyarakat yang tergabung ke dalam organisasi non profit bukan dari pemerintah. Organisasi tersebut dapat menjadi jembatan penyaluran aspirasi masyarakat kepada pemerintah.

Upaya peningkatan pelayanan tidak hanya melalui pengakomodiran partisipasi masyarakat dalam proses layanan, sehingga layanan tersebut sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

Upaya lain yang dilakukan adalah dengan melibatkan langsung masyarakat dalam proses pelayanan tersebut, sehingga masyarakat tidak hanya menjadi objek target sasaran pelayanan, tetapi dapat menjadi pemberi layanan itu sendiri. Masyarakat dapat berpartisipasi aktif dalam pemberian pelayanan melalui menjadi staf maupun menjadi sukarelawan.

4. Kompetisi dan *New Public Management* : Implikasi terhadap warga negara dan birokrat level bawah

Sesuai dengan penjabaran di atas, partisipasi masyarakat membawa dampak yang positif terhadap perkembangan kebijakan. Pada negara yang menerapkan paradigma *New Public Management*, untuk mencapai kebijakan dan pelayanan yang efektif dan efisien, peran sektor privat menjadi sangat dominan. Untuk dapat meningkatkan kinerja pelayanan, kompetisi antar provider layanan diterapkan. Tujuan dari kompetisi tersebut adalah untuk menciptakan pelayanan yang efektif, efisien, dan akuntabel. Secara teoritis paradigma *New Public Management* dapat meningkatkan partisipasi masyarakat melalui mekanisme pasar. Pada praktiknya mekanisme tersebut menimbulkan dampak sebaliknya, partisipasi masyarakat tidak dapat disalurkan. Hal tersebut disebabkan :

- a. Dengan bermitra dengan organisasi non profit, sering kali pelayanan disesuaikan dengan karakteristik lokal daerah. Idealnya, dengan penyesuaian hal tersebut maka partisipasi masyarakat diharapkan dapat meningkat. Namun sering kali pelayanan tersebut diputuskan dengan *top-down* sehingga target sasaran pelayanan sering kali telah ditentukan oleh manajemen tingkat atas atau legislatif. Berdasarkan hal tersebut, manajemen tingkat atas memegang peranan yang sentral dalam pelayanan, dan partisipasi masyarakat tidak dapat mempengaruhi pelayanan disebabkan oleh peran manajemen tingkat atas yang dominan tersebut.
- b. Provider pelayanan dihadapkan dengan permasalahan bagaimana mekanisme yang tepat dalam penyaluran

partisipasi masyarakat, untuk mengatasi hal tersebut provider layanan memberikan saluran masyarakat memberikan partisipasinya melalui struktur organisasi mereka.

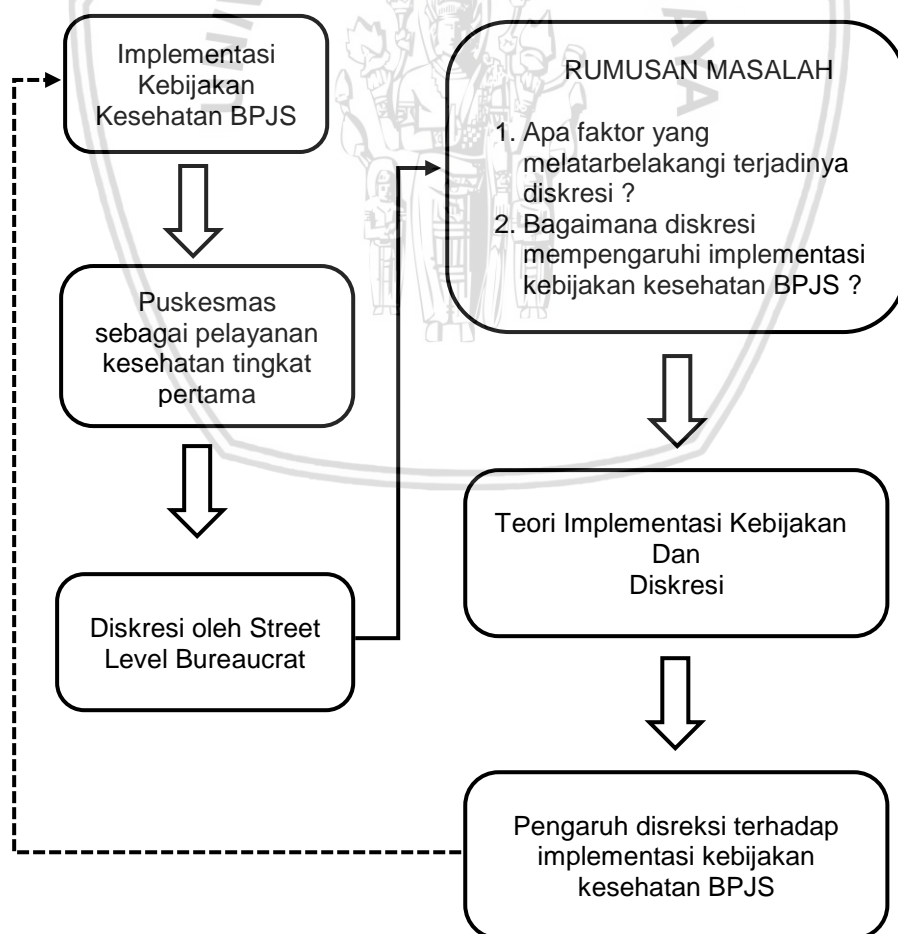
- c. Pelimpahan pemberian pelayanan kepada pihak swasta dan organisasi non profit berdampak pada kebijakan dan program prioritas yang tidak jelas. Birokrat level bawah merupakan ujung tombak pemerintah, peran mereka dalam implementasi kebijakan sangat penting terutama pada kebijakan yang penting dan sensitif. Dengan pengalihan pelaksana pelayanan, maka peran birokrat level bawah menjadi tidak terlihat dan berkurang, tergantikan oleh peran dari organisasi privat yang struktur organisasinya berdiri terpisah dari pemerintah. Konsekuensinya adalah keputusan penting terkait dengan pelayanan dapat langsung di eksekusi oleh lembaga privat dan non profit. Implikasinya adalah hubungan antara masyarakat dengan negara menjadi tidak langsung. Penyerahan pelaksana layanan kepada organisasi privat dan non profit menciptakan kondisi yang dilematis, di satu sisi mekanisme tersebut dapat mendekatkan hubungan antara pemerintah dengan masyarakat, di satu sisi yang lain mekanisme tersebut dapat membuat hubungan antara pemerintah dengan masyarakat menjadi tidak jelas dan kompleks.

### BAB III

#### KERANGKA KONSEP PENELITIAN

Kerangka konsep penelitian bertujuan untuk menggambarkan / menjelaskan hubungan antara konsep-konsep yang digunakan dalam penelitian ini, untuk menjelaskan fenomena / studi kasus yang diangkat. Teori / konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah teori implementasi kebijakan publik dengan teori *street level buraeucracy*, teori tersebut digunakan untuk melihat fenomena diskresi dalam implementasi kebijakan kesehatan BPJS. Untuk dapat menjelaskan hubungan antara kedua teori tersebut dengan studi kasus yang peneliti angkat, dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar. 3 Kerangka konsep penelitian



Sumber : peneliti (2016)

Berdasarkan gambar 3 tersebut, dapat diketahui bahwa implementasi kebijakan kesehatan BPJS di puskesmas menjadi titik fokus dalam penelitian ini, pemilihan puskesmas sebagai tempat dilakukan penelitian ini disebabkan dalam kebijakan BPJS, puskesmas menjadi rujukan pertama masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Melalui kebijakan BPJS, peran puskesmas dioptimalkan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, peneliti berpendapat bahwa banyaknya jumlah puskesmas yang ada dibandingkan dengan rumah sakit menjadi salah satu latar belakang puskesmas menjadi pelayanan kesehatan pertama. Selain itu peneliti berpendapat bahwa dengan banyaknya jumlah puskesmas tersebut, maka kecepatan pelayanan kesehatan akan dapat ditingkatkan.

Permasalahan yang ditemui dalam implementasi kebijakan BPJS memunculkan diskresi oleh birokrat level bawah, oleh karena itu permasalahan yang muncul adalah faktor apa saja yang menimbulkan diskresi dalam implementasi kebijakan BPJS dan bagaimana diskresi mempengaruhi implementasi kebijakan BPJS. Identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya diskresi sangat penting untuk diketahui terlebih dahulu, dengan diketahuinya faktor-faktor tersebut peneliti dapat mengetahui apakah terdapat gap antara desain / konsep kebijakan BPJS dengan kondisi riil di lapangan.

Diketahuinya gap antara desain / konsep kebijakan BPJS dengan kondisi riil maka akan diketahui bentuk diskresi yang terjadi. Seperti yang telah dijabarkan dalam kajian pustaka bahwa diskresi dapat mempengaruhi implementasi sebuah kebijakan, maka berdasarkan diskresi yang terjadi dalam puskesmas akan di analisis pengaruhnya terhadap implementasi kebijakan BPJS di puskesmas. Melalui pengaruh tersebut akan di analisis apakah berpengaruh positif terhadap implementasi kebijakan BPJS di puskesmas atau bahkan berpengaruh negatif.



## **BAB IV**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **4.1 Jenis Penelitian**

Untuk mendapatkan gambaran mengenai bagaimana implementasi kebijakan BPJS, diskresi yang terjadi, dan pengaruhnya terhadap implementasi kebijakan, maka dibutuhkan pemahaman akan jenis penelitian yang akan digunakan. Kesesuaian jenis penelitian yang digunakan dalam upaya menangkap fenomena dalam sebuah penelitian bertujuan agar analisis yang dilakukan dapat sesuai. Oleh karena itu peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif dalam penelitian ini, tujuan peneliti menggunakan jenis penelitian deskriptif adalah agar peneliti mendapatkan gambaran dan deskripsi mengenai fenomena dengan jelas dan akurat. Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Arikunto (1996), penelitian deskriptif adalah penelitian yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi mengenai fenomena yang ada sesuai dengan fakta.

Pendekatan yang digunakan dalam penelitian ini adalah pendekatan kualitatif. Pendekatan kualitatif digunakan dalam penelitian ini karena pendekatan kualitatif dilakukan untuk mengungkapkan sebuah fakta tertentu, melalui menghimpun data, dan kemudian dianalisis dengan sistematis dan terarah (Subagyo, 1999).

#### **4.2 Informan**

Informan dalam penelitian ini adalah :

1. Kepala Puskesmas
2. Staf kesehatan (dokter, perawat, apoteker, dll)
3. Masyarakat pengguna layanan kesehatan

#### **4.3 Sumber data**

Sumber data dalam penelitian ini dapat dibedakan menjadi dua, yaitu :

1. Data primer

Data primer merupakan data yang diperoleh baik melalui proses wawancara kepada informan maupun melalui observasi peneliti.

2. Data sekunder

Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini adalah data yang berasal dari dokumen-dokumen dan data-data pendukung yang lain.

#### 4.4 Fokus Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dijabarkan, maka fokus dalam penelitian ini adalah :

1. Bentuk diskresi implementasi Kebijakan BPJS di Puskesmas Kepanjen
  - a. Pembatasan terhadap akses dan permintaan
  - b. Ketidakadilan administrasi
  - c. Pengaturan pengguna layanan dan situasi kerja
  - d. Mempengaruhi mentalitas pengguna layanan
2. Pengaruh diskresi terhadap Implementasi Kebijakan BPJS
  - a. Langsung
  - b. Tidak langsung

#### 4.5 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini adalah di Puskesmas Kepanjen Kabupaten Malang, pemilihan Puskesmas Kepanjen disebabkan sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dalam Kebijakan BPJS-Kesehatan, Puskesmas Kepanjen menjadi fasilitas kesehatan primer pelaksana Kebijakan BPJS-Kesehatan. Puskesmas Kepanjen merupakan puskesmas yang berada di wilayah administratif Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang, letak Kecamatan Kepanjen yang berada di jalan poros Kota Malang dan Kabupaten Malang, menjadikan Puskesmas Kepanjen sebagai rujukan mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak hanya bagi warga Kecamatan Kepanjen tetapi masyarakat lain.

Pemilihan Puskesmas Kepanjen sebagai tempat penelitian juga didasarkan pada fakta bahwa dengan dinamika masyarakat di Kecamatan Kepanjen, pengguna layanan kesehatan BPJS-Kesehatan tidak hanya masyarakat yang mendaftarkan Puskesmas Kepanjen sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama yang mereka rujuk, tetapi ada pula masyarakat

yang tidak memilih Puskesmas Kepanjen sebagai faskes tingkat pertama yang mereka pilih, bahkan ada pula masyarakat yang tidak terdaftar dalam BPJS-Kesehatan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melihat bagaimana diskresi yang terjadi di Puskesmas Kepanjen dalam mengimplementasikan Kebijakan BPJS-Kesehatan.

#### 4.6 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan kepada informan untuk mendapatkan informasi yang akurat mengenai fenomena yang terjadi. Tujuan wawancara dengan informan agar informasi yang diperoleh dapat didalami dan semakin fokus.

2. Observasi

Observasi dilakukan dengan tujuan agar fenomena yang menjadi fokus dapat di amati dan di analisa dengan utuh dan akurat. Hal tersebut sesuai dengan apa yang di utarakan oleh Narbuko dan Achmadi (2003), yaitu observasi dilakukan dengan cara mengamati dan mencatat secara sistematis, gejala-gejala yang akan diselidiki.

#### 4.7 Metode Analisis Data

Creswell (2009) menyatakan bahwa *"It is an ongoing process involving continual reflection about the data, asking analytic questions, and writing memos throughout the study"*. Analisis data adalah sebuah proses yang melibatkan review data terus menerus, menyusun pertanyaan analisis, dan membuat catatan-catatan. Creswell (2009) menjabarkan metode analisis data, sebagai berikut :

1. Menyiapkan data untuk di analisa

Pada tahapan ini meliputi merangkum hasil wawancara, mengorganisir catatan, dan memilah data berdasarkan sumber dan karakteristiknya.

2. Membaca keseluruhan data

Dalam tahap ini dapat diketahui informasi apa yang dapat diketahui secara umum, dan sudut pandang informan terhadap fenomena.

3. Melakukan proses koding

Koding dilakukan dengan mengelompokkan data menjadi detail yang lebih kecil berdasarkan fokus penelitian.

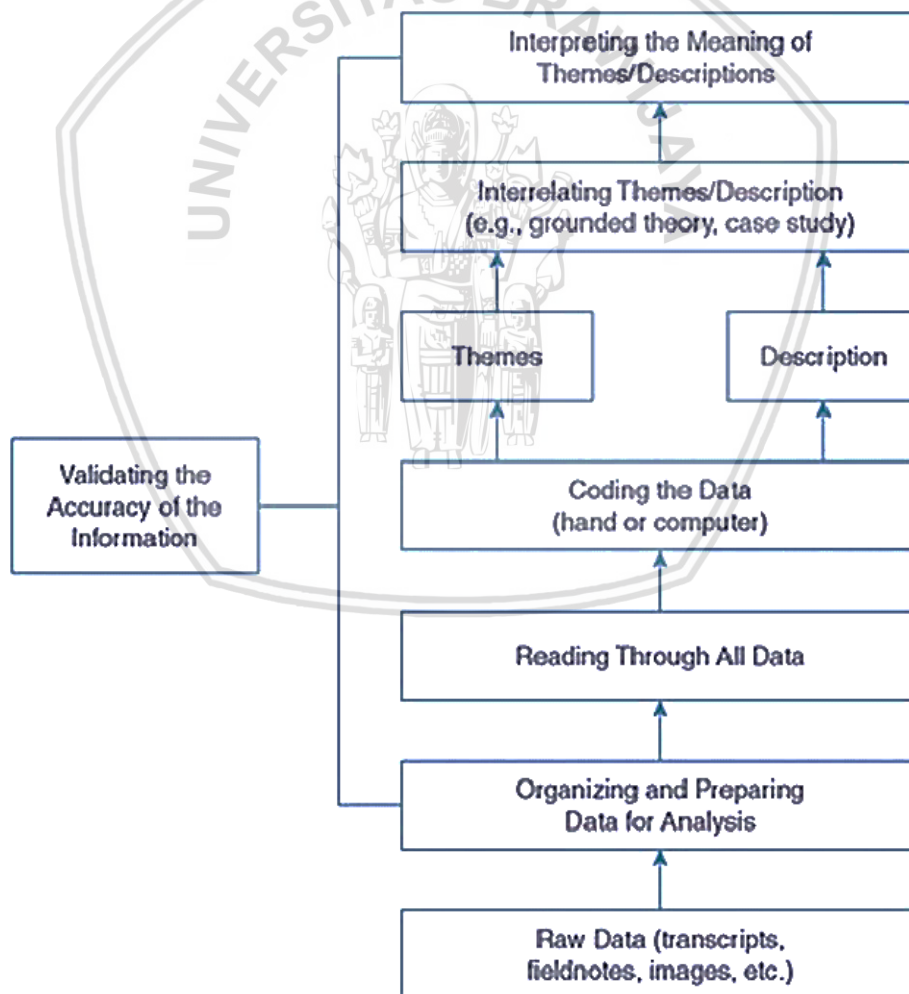
4. Mendeskripsikan fokus penelitian berdasarkan hasil koding

Hasil deskripsi merupakan hasil analisis peneliti berdasarkan koding sesuai dengan tema.

5. Interpretasi data

Setelah proses tersebut dilakukan, peneliti melakukan pengambilan kesimpulan.

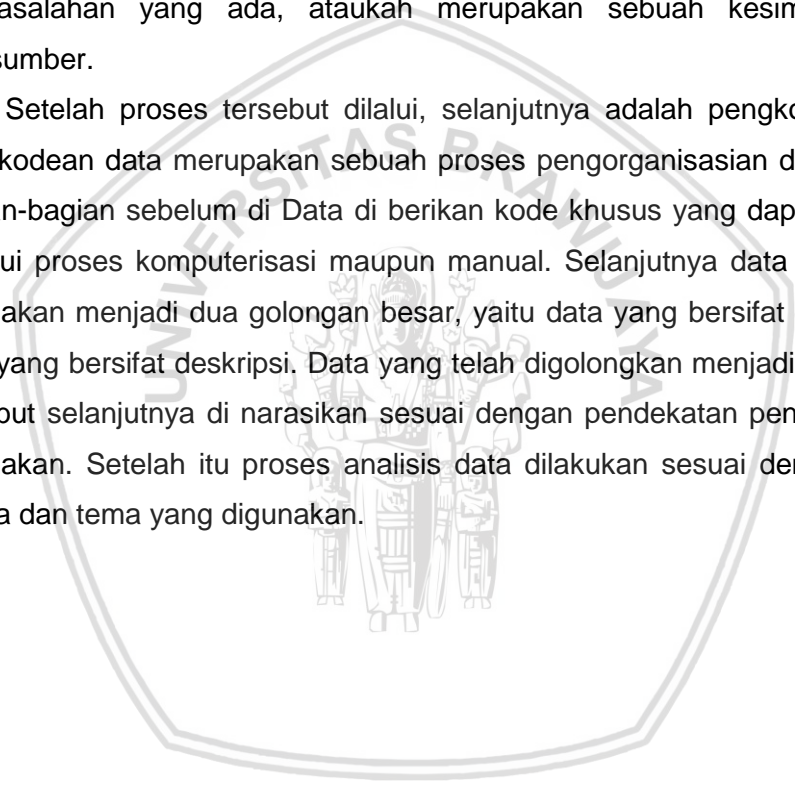
Untuk lebih jelasnya, skema analisis data dari Creswell dapat dilihat pada gambar berikut ini :



Gambar. 4 Alur dalam analisis data  
Sumber : Creswell (2009)

Pada gambar di atas, alur analisis data dimulai dari data mentah (raw data) yang dapat berupa catatan lapang, transkrip wawancara, gambar, dokumen, dan lain sebagainya. Data mentah tersebut selanjutnya melalui proses selektif, yaitu proses di mana data tersebut diklasifikasikan berdasarkan karakteristik maupun syarat tertentu untuk selanjutnya kemudian dilakukan proses analisis. Untuk dapat menganalisis data, diperlukan pemahaman dan penguasaan terhadap data mentah yang ada. Pemahaman tersebut terkait dengan apakah jawaban dari narasumber merupakan petunjuk dari jawaban permasalahan yang ada, ataukah merupakan sebuah kesimpulan dari narasumber.

Setelah proses tersebut dilalui, selanjutnya adalah pengkodean data. Pengkodean data merupakan sebuah proses pengorganisasian data menjadi bagian-bagian sebelum di Data di berikan kode khusus yang dapat diberikan melalui proses komputerisasi maupun manual. Selanjutnya data akan dapat dibedakan menjadi dua golongan besar, yaitu data yang bersifat tematik dan data yang bersifat deskripsi. Data yang telah digolongkan menjadi dua bagian tersebut selanjutnya di narasikan sesuai dengan pendekatan penelitian yang digunakan. Setelah itu proses analisis data dilakukan sesuai dengan tujuan utama dan tema yang digunakan.





## BAB V

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Puskesmas Kepanjen terletak di Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang, dengan cakupan luas wilayah pelayanan seluas 46,25 km<sup>2</sup>, terdiri dari 4 kelurahan, 14 desa, jumlah masyarakat yang termasuk dalam cakupan pelayanan Puskesmas Kepanjen sebanyak 100.805 jiwa. Visi Puskesmas Kepanjen adalah menjadi pusat pemberdayaan masyarakat dan institusi lintas program / lintas sektoral dalam pengembangan program kesehatan terpadu dan berkualitas di Kecamatan Kepanjen Kabupaten Malang. Misi Puskesmas Kepanjen adalah :

- a. Memberdayakan masyarakat dengan segenap infrastruktur di dalamnya serta institusi lintas program lintas sektoral pada program pembangunan di bidang kesehatan.
- b. Mengembangkan program kesehatan terpadu LINPROG dan LINSEK terhadap sasaran program kesehatan yang divalidasi secara periodik.
- c. Meningkatkan kualitas upaya kesehatan perorangan dan masyarakat berdasarkan sistem kesehatan kabupaten malang.
- d. Menetapkan diagnosa komunitas tiap desa dan merencanakan pemecahan masalahnya bersama masyarakat melalui musyawarah perencanaan pembangunan desa (musrenbangdes).
- e. Melaksanakan surveylans epidemiologi terpadu dengan melibatkan seluruh pelayanan kesehatan yang ada di wilayah kerja dengan menggunakan sensus harian penyakit potensial wabah, geo medik mapping, grafik maksimum minimum, penyelidikan epidemiologi dan tindakan intervensi.

Konfigurasi sumber daya manusia yang ada di Puskesmas Kepanjen adalah sebagai berikut :

Tabel 1. Sumber daya manusia di Puskesmas Kepanjen

No.	Posisi	Jumlah
Tenaga Medis		
1.	Dokter Gigi	1 orang
2.	Dokter Umum	2 orang
Tenaga Paramedis		
3.	Bidan Puskesmas	4 orang
4.	Perawat AKPER PNS	3 orang
5.	Perawat SPK	3 orang
6.	Bidan Desa (PNS)	15 orang
7.	Bidan Desa (PTT)	4 orang
8.	Perawat Ponkesdes	18 orang
9.	Ahli Madya Gizi	1 orang
10.	Analisis Laboratorium	1 orang
11.	Asisten Apoteker	1 orang
12.	Tenaga APK	1 orang
13.	Tenaga Sanitarian	1 orang
14.	Tenaga Pembantu Paramedis	1 orang
15.	Tenaga Kontrak AKPER	2 orang
Tenaga Non Medis		
16.	Tata Usaha (PNS)	7 orang
17.	Tata Usaha (Kontrak/Sukwan)	4/1 orang
18.	Akupunturis (Sukwan)	1 orang
19.	Sopir (Sukwan)	1 orang
	Jumlah	72 orang

Sumber : Profil Puskesmas Kepanjen 2014

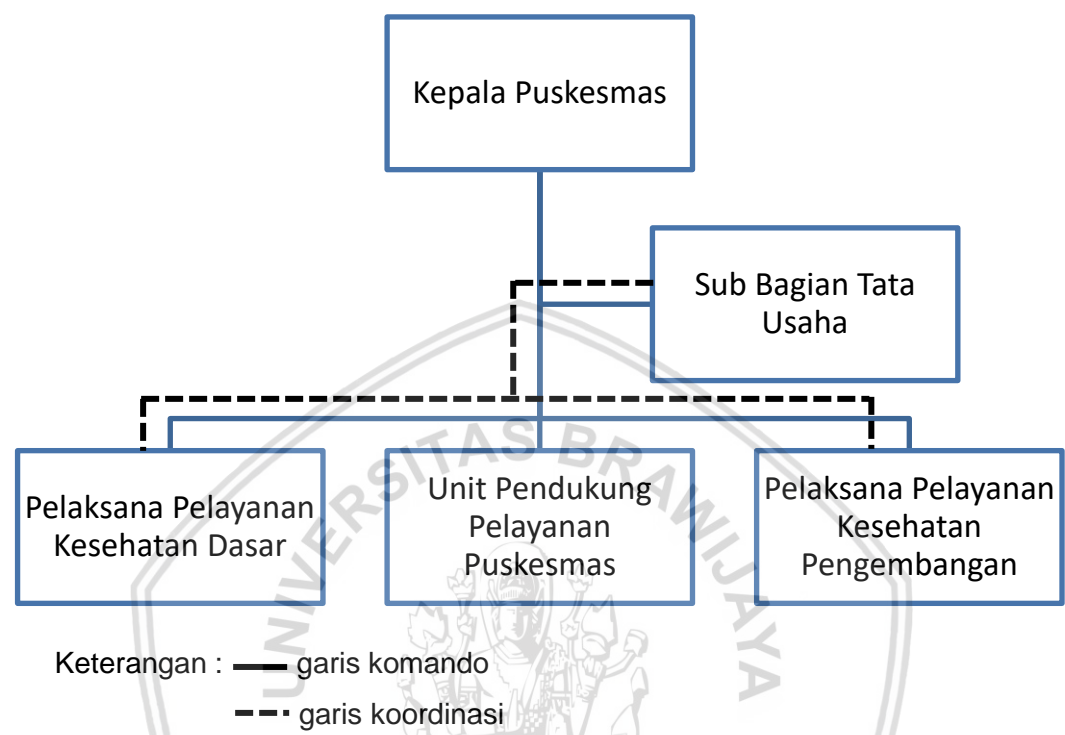
Jenis layanan dan program yang terdapat di Puskesmas Kepanjen adalah sebagai berikut :

1. Jenis Layanan
  - a. Unit Rawat Jalan
    - a) URJ Umum
    - b) URJ KIA
    - c) URJ Gigi dan Mulut
    - d) URJ Keluarga Berencana
    - e) URJ Pojok Gizi
    - f) URJ Konseling P2M/Kesling
  - b. Unit Gawat Darurat 24 Jam
  - c. Unit Penunjang Medis
    - a) Laboratorium Sederhana
    - b) Apotek

- c) Gudang Farmasi
  - d) Ambulans 24 Jam
- d. Unit Penunjang Non Medis
  - a) Loker
  - b) Logistik
  - c) Dapur
- 2. Program
  - a. Program Pokok
    - a) Promosi Kesehatan
    - b) Kesejahteraan Ibu dan Anak
    - c) Keluarga Berencana
    - d) Upaya Perbaikan Gizi
    - e) P2M
    - f) Penyehatan Kesehatan Lingkungan
  - b. Program Pengembangan
    - a) Gilut/UKGMD/UKGS
    - b) UKS/KRR
    - c) Matra
    - d) Pengobatan Tradisional
    - e) Usaha Kesehatan Mata
    - f) Usaha Kesehatan Kerja
    - g) Usaha Kesehatan Olahraga
    - h) Usaha Kesehatan Usila
    - i) Usaha Kesehatan Jiwa
    - j) Perkemas
    - k) JPKM/PKPS BBM BidKes
    - l) SKD/SHP
    - m) Quality Assurance
  - c. Program Inovatif
    - a) Surveilans Epidemiologi Terpadu Berbasis Masyarakat (Sutera Emas)
    - b) Klinik Akupuntur

Struktur organisasi Puskesmas Kepanjen adalah sebagai berikut :

Gambar. 5 Struktur organisasi Puskesmas Kepanjen



Sumber : Puskesmas Kepanjen

Puskesmas Kepanjen sebagai Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama, memiliki peserta yang terdaftar dalam layanan BPJS-Kesehatan. Jumlah peserta BPJS-Kesehatan yang terdaftar di Puskesmas Kepanjen fluktuatif, sesuai dengan perubahan dan pendaftaran faskes tingkat pertama oleh masyarakat. Untuk lebih jelasnya akan ditunjukkan pada tabel berikut

Tabel 2. Jumlah peserta BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen

No.	Bulan	Jumlah
1.	Mei 2015	32.237
2.	Juni 2015	32.420
3.	Juli 2015	32.368
4.	Agustus 2015	32.366
5.	September 2015	32.407
6.	Oktober 2015	32.151

Sumber : Puskesmas Kepanjen 2015

## 5.2 Hasil Fokus Penelitian

### 5.2.1 Bentuk diskresi implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen

#### 5.2.1.1 Pembatasan terhadap akses dan permintaan

Pembatasan terhadap akses mendapatkan pelayanan disebabkan oleh adanya kelebihan beban pekerjaan dari pemberi layanan, sedangkan pembatasan terhadap permintaan terhadap pelayanan publik juga terkait dengan tidak seimbangnya beban kerja dan sumber daya yang ada. Untuk dapat melihat kesesuaian beban kerja dengan jumlah sumber daya manusia yang ada di Puskesmas Kepanjen, peneliti akan membagi menjadi dua kelompok berdasarkan *job description* dari masing-masing bagian pelayanan. Pertama adalah kelompok pelayanan administratif dan yang kedua adalah kelompok pelayanan tindakan.

Kelompok pertama adalah petugas administrasi yaitu petugas yang bertugas untuk mengurus segala sesuatu yang berkaitan administrasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Kelompok kedua adalah petugas kesehatan yaitu petugas yang bertugas memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh baik paramedis, dokter, apoteker, dan bidan. Hasil wawancara peneliti dengan petugas administrasi (petugas administrasi tersebut tidak ingin disebutkan namanya) mereka merasakan bahwa beban kerja melayani pendaftaran administrasi pasien tidak terlalu berat. Hal tersebut berdasarkan pernyataan dari salah satu petugas loket sebagai berikut

*“kami merasa tidak berat saat menjalankan pekerjaan ini, karena pelayanan sudah tidak sama dengan dulu. Kalau dulu harus manual mencatat dan mencari berkas pasien, kalau sekarang sudah online lewat komputer. Jadi tinggal masukkan nama pasien setelah itu keluar data pasien”* (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Hal yang sama juga disampaikan oleh petugas loket lainnya (tidak ingin disebutkan namanya) *“saya juga merasa tidak berat dalam menjalankan tugas ini, pasien datang menyerahkan kartu BPJS setelah itu di input dikomputer setelah itu saya berikan nomor antrian,*



setelah itu mereka mengantri menunggu dipanggil” (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Berdasarkan hasil wawancara tersebut peneliti berpendapat bahwa pada kelompok pertama, perbandingan antara beban kerja dengan jumlah sumber daya manusia sesuai. Hal tersebut dibuktikan dengan pernyataan 2 orang petugas loket yang menyatakan beban kerja mereka sesuai.

Hal tersebut diperkuat dengan hasil wawancara peneliti dengan masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan yang menyatakan *“pelayanan disini baik, pengalaman saya pasti dilayani tidak ada yang tidak...untuk BPJS pelayanannya baik, tidak bertele-tele dan cepat”* (wawancara dengan AS tanggal 5 Oktober 2015 di Puskesmas Kepanjen).

Peneliti mengamati bahwa kesesuaian antara beban kerja dan jumlah sumber daya manusia yang ada menyebabkan tidak adanya pengabaian terhadap pasien lain yang mendaftar. Peneliti mengamati bahwa selain karena dimudahkan dengan adanya sistem pendaftaran menggunakan komputer yang hal tersebut memangkas waktu pelayanan cukup banyak, sehingga waktu pelayanan pendaftaran untuk satu orang pasien tidak terlalu lama, pada proses pendaftaran ini peneliti melihat bahwa pendaftaran pasien memang tidak membutuhkan waktu yang lama. Berbeda dengan pelayanan administratif yang lain seperti pelayanan kependudukan yang membutuhkan syarat yang cukup banyak dan waktu validasi persyaratan yang membutuhkan waktu yang tidak sebentar pula.

Peneliti melihat bahwa berdasarkan hal tersebut tidak ada keinginan dari petugas loket dalam mengambil keuntungan dari pasien yang mendaftar (finansial). Selain itu pasien yang akan mendaftarkan diri juga menyadari dan memiliki keyakinan bahwa mereka akan terlayani, pasien yang mendaftar juga memiliki kesadaran mengantri untuk mendaftar, sehingga peneliti melihat tidak adanya kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan prioritas dalam pendaftaran, sehingga hal tersebut berdampak pula terhadap tidak adanya peluang / keinginan dari petugas loket untuk memperoleh keuntungan dari hal tersebut.

Pada kelompok kedua (petugas kesehatan) mereka menganggap bahwa kesesuaian antara jumlah sumber daya manusia mereka dengan beban kerja dirasakan kurang seimbang. Dengan jumlah peserta BPJS-Kesehatan sejumlah 32.151 orang dan volume pelayanan rata-rata per hari adalah 75-100 orang maka hal tersebut dirasakan tidak seimbang, terutama dokter umum yang ada. Menurut pengakuan dokter yang bertugas (narasumber tidak ingin disebutkan namanya) dengan kesibukan yang padat, sering kali tidak bisa melayani pasien dengan baik.

*“dokter umum di Puskesmas Kepanjen hanya saya, sedangkan tugas dokter di Puskesmas tidak hanya di Puskesmas saja. Ada tugas struktural, tugas fungsional. Tugas struktural jika saya harus ada rapat di Dinas Kesehatan, kemudian kalau tugas fungsional itu saya harus mengunjungi Pustu-pustu yang ada di desa-desa sebagai fungsi Puskesmas yaitu fungsi Preventif. Jadi saya kadang tidak sampai satu hari di sini, kadang saya hanya beberapa jam. Selebihnya saya dibantu tenaga paramedis disini, apalagi saya sedang hamil jadi tidak bisa seperti sebelum hamil dulu”* (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Terkait dengan jumlah sumber daya manusia yang kurang khususnya pada tenaga kesehatan (dokter umum), Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan bahwa perekrutan dokter umum baru dapat dilakukan melalui 2 cara, pertama adalah dengan mengajukan permohonan dokter umum kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, kedua adalah dengan merekrut secara mandiri. Pada pilihan pertama Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan bahwa Puskesmas Kepanjen pernah mengajukan permohonan tambahan dokter umum, tetapi tidak pernah direalisasikan. Hal tersebut terkait dengan kebutuhan formasi Pegawai Negeri Sipil Kabupaten Malang dan juga bergantung kepada Badan Kepegawaian Daerah Kabupaten Malang.

Upaya pemenuhan kebutuhan dokter umum secara mandiri dapat dilakukan oleh Puskesmas Kepanjen, akan tetapi hal tersebut terbentur dengan kemampuan finansial Puskesmas Kepanjen dalam hal menggaji dokter tersebut. Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan kemampuan Puskesmas Kepanjen untuk merekrut dan

menggaji dokter secara layak masih belum dapat dipenuhi. Hal tersebut disebabkan jumlah pegawai yang ada di Puskesmas Kepanjen cukup banyak, sedangkan kemampuan finansial terbatas. Oleh karena itu Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan dengan kondisi tersebut sumber daya manusia yang ada harus dimaksimalkan demi terpenuhinya pelayanan kesehatan di Puskesmas Kepanjen.

Terkait dengan pengetahuan masyarakat terhadap Kebijakan BPJS-Kesehatan ini, peneliti mengamati bahwa sebagian besar masyarakat yang menggunakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen mengetahui dan memahami kebijakan BPJS-Kesehatan. Masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan mengetahui informasi mengenai kebijakan ini pada saat mereka mendaftarkan diri mereka di Kantor BPJS setempat, pada saat mereka mendaftarkan diri mereka juga mendapatkan informasi yang jelas dan detail mengenai kebijakan BPJS-Kesehatan ini. Hal tersebut menjadikan baik petugas administrasi maupun petugas kesehatan tidak perlu menjelaskan kebijakan BPJS-Kesehatan.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti mengamati dan berpendapat bahwa petugas administrasi tidak mendapatkan peluang untuk mendapatkan keuntungan. Selain hal tersebut, petugas administrasi menyatakan bahwa tidak ada celah dari Kebijakan BPJS-Kesehatan (sisi administratif) untuk memperoleh keuntungan baik finansial maupun non finansial. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan dari salah satu petugas administrasi berikut "*pendapat saya kebijakan ini sudah baik, dari kebijakan itu masyarakat sudah bisa terlayani*" (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Terkait dengan pengetahuan masyarakat mengenai Kebijakan BPJS-Kesehatan, menurut pengakuan petugas administrasi terdapat beberapa kejadian di mana masyarakat peserta BPJS-Kesehatan yang bukan terdaftar di Puskesmas Kepanjen ingin mendapatkan pelayanan BPJS di Puskesmas Kepanjen. Menurut petugas administrasi, berdasarkan Manual Pelaksanaan BPJS-Kesehatan, dinyatakan bahwa peserta BPJS-Kesehatan harus mendapatkan

pelayanan kesehatan sesuai dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama yang dipilih.

Petugas administrasi tersebut menyatakan bahwa hal tersebut merupakan sebuah hal yang dilematis, di satu sisi sebagai petugas pelayanan kesehatan petugas dia merasa bertanggung jawab terhadap kesembuhan pasien tersebut. Namun disisi yang lain jika pasien tersebut di izinkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan, maka akan membebani tidak hanya dana kapitasi BPJS-Kesehatan Puskesmas Kepanjen, tetapi juga akan mengurangi jatah obat-obatan yang telah dialokasikan untuk peserta BPJS-Kesehatan yang terdaftar di Puskesmas Kepanjen. Namun berdasarkan pertimbangan bahwa pasien tersebut harus mendapatkan pelayanan kesehatan, maka petugas administrasi tetap menerima pasien tersebut dengan pelayanan dari BPJS-Kesehatan.

Menyikapi hal tersebut, Kepala Puskesmas Kepanjen mengutarakan terdapat kebijakan dari BPJS-Kesehatan Kabupaten Malang yang menyatakan bahwa Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dapat menerima peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Faskesnya selama tiga kali kunjungan. Hal tersebut sesuai dengan yang disampaikan oleh Kepala Puskesmas Kepanjen berikut :

*“mengenai peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Puskesmas Kepanjen yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan disini, sebenarnya kami keberatan karena pertama mereka bukan peserta kami, kedua setiap bulan kami mendapatkan dana kapitasi yang berasal dari peserta BPJS-Kesehatan yang terdaftar di sini, dana tersebut untuk pembelian obat, pembayaran jasa periksa dan lainnya, sehingga peserta tidak dipungut. Jika ada yang bukan peserta tetapi dilayani maka dia akan mengambil jatah peserta lain, jika dalam satu bulan jumlah biaya peserta BPJS-Kesehatan terdaftar yang mendapatkan pelayanan kesehatan tidak melebihi dana kapitasi kami, hal tersebut masih bagus, tetapi jika melebihi maka jatah pasien umum terpaksa kami bagi”* (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

*“instruksi dari BPJS Kabupaten Malang melalui Whatsapp, mengatakan bahwa untuk pasien BPJS bukan terdaftar sebagai peserta di faskes, dapat dilayani maksimal 3 kali kunjungan. Selebihnya tidak bisa menggunakan berobat disini, atau pasien faskes pilihan pasien itu harus diganti ke Puskesmas Kepanjen. Selain itu Kebijakan ini sering berubah-ubah mas, berubahnya melalui*

*pengumuman di grup Whatsapp itu dari Kepala BPJS Malang. Contohnya pernah waktu itu setiap pasien yang mau mendaftar BPJS harus menunjukkan KTP. Begitu saya tanya peraturan nomor berapa atau surat edarannya, katanya ada di Kepala BPJSnya, tapi kami tidak pernah diberitahu"* (wawancara tanggal 5 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Berdasarkan fakta tersebut terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu :

1. Adanya inisiatif tindakan dari petugas administrasi yang memperbolehkan pasien BPJS-Kesehatan bukan peserta untuk mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen.
2. Adanya instruksi dari Kepala BPJS Kabupaten Malang melalui *social media whatsapp* untuk menerima peserta BPJS-Kesehatan yang ingin mendapatkan pelayanan kesehatan di faskes yang bukan pilihannya.
3. Implikasi penerimaan peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Puskesmas Kepanjen terhadap aspek keuangan dari dana kapitasi BPJS-Kesehatan.
4. Peraturan Kebijakan BPJS-Kesehatan yang berubah-ubah berdasarkan dari Kepala BPJS Malang melalui grup Whatsapp tanpa adanya bukti surat edaran yang resmi.

Pada fenomena pertama, petugas administrasi dihadapkan pada sebuah pilihan di mana petugas tersebut harus memilih antara pasien dengan organisasi. Berdasarkan wawancara peneliti dengan petugas tersebut, tidak ada motif untuk mengambil keuntungan dan tidak ada motif untuk menghalangi pasien tersebut dalam mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. Menurut pengakuan petugas tersebut, hal itu didasari karena rasa kemanusiaan dan hal tersebut merupakan tugasnya. Petugas tersebut menyatakan bahwa kesehatan merupakan hak semua orang sehingga siapa saja dapat mendapatkan pelayanan kesehatan, khususnya di Puskesmas Kepanjen. Selain itu menurut penuturan petugas administrasi, jika masyarakat peserta BPJS yang ingin mendapatkan pelayanan tetapi



tidak dapat mendaftar dengan alasan mereka menunggak pembayaran premi, sampai dengan peserta BPJS yang faskesnya bukan di Puskesmas Kepanjen tetap dapat mendapatkan pelayanan kesehatan. Petugas administrasi tersebut menyatakan bahwa mereka tetap mendapatkan pelayanan kesehatan ke dalam golongan pasien umum, tetapi tetap tidak dipungut biaya dikarenakan adanya peraturan dari Bupati Kabupaten Malang yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas seluruh Kabupaten Malang bebas biaya atau gratis.

Pada fenomena kedua terdapat dua hal penting yang menjadi catatan, yaitu adanya pola komunikasi antara Puskesmas Kepanjen dengan BPJS-Kesehatan Kabupaten Malang terkait permasalahan yang terjadi di lapangan dan skema anggaran BPJS-Kesehatan Puskesmas Kepanjen yang terpengaruh oleh pelayanan BPJS-Kesehatan bagi peserta yang tidak terdaftar. Fenomena menarik yang peneliti lihat adalah bagaimana pola komunikasi antara Puskesmas Kepanjen dengan BPJS-Kesehatan Kabupaten Malang terkait dengan pemecahan masalah implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Adanya pola komunikasi tidak resmi tersebut (melalui aplikasi *whatsapp*) menurut peneliti adalah sebuah terobosan baru dalam sebuah implementasi kebijakan yang melibatkan multi stakeholder.

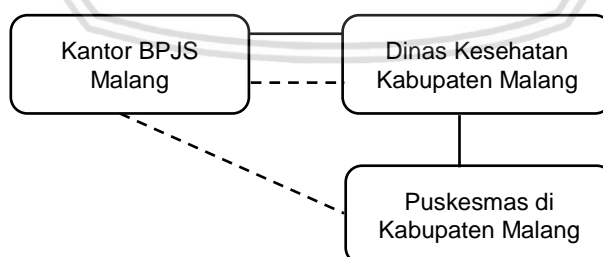
Peneliti berpendapat Kantor BPJS-Kesehatan Kabupaten Malang melakukan diskresi dengan cara menggunakan wewenang yang dipunyainya untuk memecahkan permasalahan di lapangan. Pola komunikasi tersebut mengindikasikan bahwa terdapat upaya pemotongan rantai birokrasi implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Peneliti melihat pemotongan rantai birokrasi dalam komunikasi antar stakeholder tersebut membawa dampak yang positif, terutama bagi permasalahan yang membutuhkan solusi yang segera.

Kepala Puskesmas Kepanjen mengutarakan bahwa dengan adanya pola komunikasi seperti itu, sangat membantu sekali dalam implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan. Kepala Puskesmas Kepanjen menjelaskan dengan pemecahan masalah yang cepat tersebut, maka menjamin masyarakat / pasien dapat terlayani dengan

cepat pula sehingga pelayanan kesehatan dapat didistribusikan dengan baik. Selain itu pola komunikasi dengan memanfaatkan media Whatsapp memunculkan sebuah permasalahan baru, di mana Kepala BPJS Malang memanfaatkan wewenang untuk menyusun peraturan BPJS-Kesehatan yang baru diluar peraturan resmi.

Terkait dengan hal tersebut, Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan tidak dapat berbuat apa-apa dan terpaksa mengikuti selama hal tersebut masih dalam batas wajar dan dapat dilaksanakan. Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan bahwa seharusnya pola hubungan antar Kantor BPJS Malang dengan Puskesmas merupakan hubungan koordinatif tidak instruktif, hal tersebut disebabkan Puskesmas tidak berdiri sendiri melainkan dibawah Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Pola hubungan instruktif hanya terjalin antara Kantor BPJS Malang dengan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan hal tersebut tidak hanya dialami oleh Puskesmas Kepanjen, tetapi semua Puskesmas di Kabupaten Malang. Kepala Puskesmas Kepanjen tidak menjelaskan secara jelas mengapa pola komunikasi dan koordinasi tersebut dapat keluar dari apa yang seharusnya.

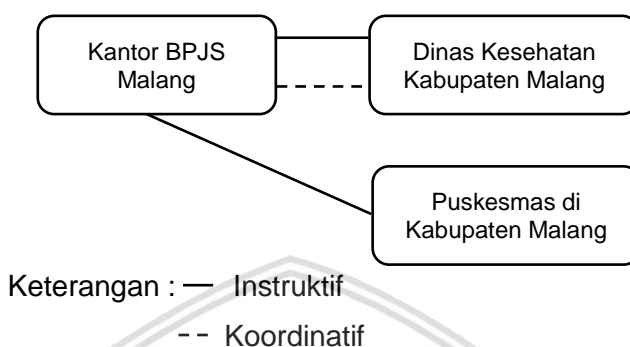
Gambar. 6 Posisi Puskesmas Kepanjen dalam struktur Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan



Keterangan : — Instruktif  
-- Koordinatif

Sumber, peneliti, 2015

Gambar. 7 Pola koordinasi antara Puskesmas Kepanjen dengan Kantor BPJS-Kesehatan



Sumber, peneliti, 2015

Dalam implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen, masyarakat didesain untuk mengikuti prosedur yang telah ditentukan. Hal tersebut bertujuan agar implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan dapat dilakukan dengan baik. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara peneliti dengan beberapa masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan yang sedang mengantri, mereka tidak merasakan beban apapun, mereka menyadari bahwa tidak semua pasien dapat di layani dalam waktu yang bersamaan dan pemeriksaan kesehatan membutuhkan waktu yang berbeda antara satu orang dengan orang yang lain.

Masyarakat yang mengantri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kepanjen telah sadar bahwa mengantri adalah satu-satunya cara agar mereka mendapatkan pelayanan kesehatan. Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan, masyarakat yang mengantri mengaku tidak terdapat keinginan mereka untuk memaksakan kehendak mereka mendapatkan prioritas pelayanan kesehatan.

Salah satu dampak dari penyelenggaraan pelayanan publik adalah terciptanya sebuah rutinitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik tersebut. Pada implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan, rutinitas tersebut terbentuk dari penyelenggaraan

pelayanan kesehatan yang berulang terus menerus. Menurut Lipsky, upaya membatasi pemberian layanan pada birokrat level bawah (pemberi layanan) salah satunya melalui rutinitas tersebut. Melalui rutinitas ini, pemberi layanan berupaya untuk menghindari masyarakat dengan tujuan agar status mereka yang eksklusif dapat terjaga.

Berdasarkan hasil pengamatan dan wawancara peneliti, rutinitas yang terjadi akibat implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan tidak dapat dihindari. Peneliti mengamati bahwa tidak mungkin rutinitas dalam rangka implementasi kebijakan tersebut untuk dirubah, hal tersebut karena alur yang singkat dan sederhana, sehingga tidak ada kemungkinan alternatif alur lain. Sesuai dengan observasi peneliti, birokrat level bawah (petugas pemberi layanan) tidak memanfaatkan rutinitas tersebut untuk menghindari masyarakat demi kepentingan mereka.

Petugas administrasi dan petugas kesehatan mengakui bahwa mereka tidak dapat menghindari masyarakat karena mereka harus bertemu dengan masyarakat untuk dapat melaksanakan tugas dan kewajibannya. Selain itu mereka mengakui tidak merasakan adanya keuntungan atau kepentingan mereka yang hilang atau berkurang dengan berinteraksi dalam rangka memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Selain itu alur pelayanan di Puskesmas Kepanjen didesain sesederhana mungkin dan tidak memerlukan birokrasi yang berbelit-belit untuk menjamin kualitas pelayanan kesehatan yang baik.

#### **5.2.1.2 Ketidakadilan administrasi**

Wawancara peneliti dengan petugas administrasi dan petugas kesehatan, menunjukkan bahwa pelayanan yang diberikan mengedepankan asas keadilan. Setiap masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan BPJS-Kesehatan mendapatkan pelayanan yang adil dan sama antar satu dengan yang lain. Wawancara peneliti dengan petugas kesehatan menunjukkan bahwa semua masyarakat yang mendaftar dapat terlayani semuanya, terlepas mereka harus mengantri jika volume masyarakat yang mendaftar cukup banyak. *“pada dasarnya kita memperlakukan masyarakat sama, tidak ada yang dibedakan, selain itu memang*

*prinsip pelayanan kesehatan BPJS-Kesehatan itu harus adil* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Hal tersebut diperkuat dengan wawancara peneliti dengan masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan yaitu *“saya merasa tidak dibeda-bedakan, semuanya sama saja persyaratannya. Bisa sampeyan lihat sendiri semua orang sama saja”* (wawancara dengan DL tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Pengamatan peneliti menunjukkan bahwa semua masyarakat yang menggunakan pelayanan kesehatan BPJS-Kesehatan diperlakukan sama, terlepas status sosial dan jenis penyakit yang dideritanya. Petugas kesehatan yang peneliti wawancarai menyatakan bahwa

*“tingkat keberhasilan kami dalam melayani pasien BPJS tidak diukur dari berapa banyak pasien yang kami layani dalam satu hari, tetapi tingkat kesehatan mereka setelah berobat di Puskesmas ini. Tetapi jika pasien tersebut harus dirujuk ke rumah sakit, kami tidak bisa mengukur hal tersebut, karena tanggung jawab terhadap kesembuhan pasien sudah bukan ada di kami. Untuk kontrol terhadap keberhasilan pengobatan memang tidak terukur secara sistem, tetapi itu bisa dilihat dari rekaman data berobat pasien, jika pasien itu kembali lagi dalam jangka waktu tertentu setelah berobat, maka dipastikan terdapat beberapa hal yang harus ditinjau ulang, entah itu obat, kebiasaan pasien, kepatuhan pasien, dll”* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Berdasarkan hasil wawancara tersebut jika dilihat dari sudut pandang *street level bureaucrats*/implementor tidak ada kepentingan pribadi yang mendasari adanya perbedaan pelayanan. Masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan dimata tenaga kesehatan tidak mempunyai pengaruh apapun terhadap beban kerja dan kepentingan mereka. Sehingga tidak ada penggolongan masyarakat ke dalam golongan “risiko tinggi” dan “mudah” sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Lipsky.

Terkait dengan norma yang berlaku di Puskesmas Kepanjen, petugas kesehatan dan petugas administrasi menyatakan bahwa norma profesi yang mereka pegang teguh. Sesuai dengan norma profesi mereka, bahwa nyawa/kesehatan pasien/masyarakat merupakan yang utama, sehingga norma mereka sejalan dengan



tujuan kebijakan BPJS-Kesehatan. Hasil wawancara peneliti dengan petugas administrasi dan petugas kesehatan menunjukkan bahwa norma profesi yang mereka pegang justru akan menguntungkan masyarakat/pasien, karena dengan norma profesi tersebut masyarakat/pasien menjadi fokus utama mereka.

*“kalau norma yang digunakan pada proses pelayanan yang lain (selain kesehatan) mungkin bisa memposisikan masyarakat sebagai pihak yang kalah, tetapi menurut saya justru masyarakat diuntungkan, mereka menjadi fokus kita, kita fokus pada kesembuhan mereka. Orang sakit kok tega-teganya dimanfaatkan, kita tidak seperti itu”* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Kepala Puskesmas Kepanjen juga menyatakan bahwa *“kami mengedepankan pelayanan yang baik dan berusaha untuk melaksanakan kebijakan BPJS-Kesehatan dengan baik. Pelayanan BPJS harus berjalan, petugas kesehatan dan petugas administrasi mengetahui tugasnya masing-masing”* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

*“mengenai norma yang berlaku di Puskesmas Kepanjen ini adalah norma profesi, kita bergerak di bidang kesehatan sehingga yang kita utamakan adalah pasien yang ingin berobat. Itu merupakan tanggung jawab sebagai seorang dokter atau tenaga kesehatan, selain itu juga tanggung jawab moral yang kita emban”* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Mengenai mekanisme pengukuran kinerja implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan, Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan bahwa pengukuran kinerja implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan hanya berdasarkan 2 aspek, yaitu administrasi dan pelayanan. Pada aspek administrasi kinerja dikatakan baik apabila pasien BPJS-Kesehatan yang mendaftar tertib administrasi (membawa kartu peserta BPJS-Kesehatan, peserta tersebut dinyatakan aktif, dan tidak ada tunggakan pembayaran premi BPJS-Kesehatan), oleh karena itu jika ke-3 syarat tersebut terpenuhi maka kinerja implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan secara administrasi dapat dikatakan baik. Pada aspek yang kedua, kinerja pelayanan



dikatakan baik jika pasien terlayani dengan baik sesuai dengan prosedur pelayanan yang telah ditentukan.

### 5.2.1.3 Mengatur masyarakat dan situasi kerja

Salah satu pola diskresi yang terjadi berdasarkan Lipsky adalah dengan mengatur masyarakat pengguna layanan dan situasi kerja di mana *street level bureaucrats* bekerja. Lipsky menjelaskan bahwa mereka mengatur masyarakat dengan tujuan agar keuntungan yang mereka punyai tidak hilang akibat keuntungan yang dimiliki oleh masyarakat sebagai pengguna layanan. Selain itu menurut Lipsky, hal tersebut dilakukan agar masyarakat pengguna layanan patuh terhadap peraturan dan prosedur yang berlaku.

Proses observasi yang peneliti lakukan menunjukkan bahwa fenomena tersebut tidak terjadi di Puskesmas Kepanjen. Berdasarkan wawancara yang peneliti lakukan dengan salah satu masyarakat pengguna layanan BPJS-Kesehatan (nama narasumber tidak ingin di ekspos), narasumber mematuhi dengan sadar semua prosedur pelayanan yang ada di Puskesmas Kepanjen. Narasumber menyatakan bahwa prosedur yang ada saat mereka menggunakan layanan BPJS-Kesehatan cukup sederhana. Selain itu petugas administrasi dan petugas kesehatan selalu dapat ditemui pada saat pemberian pelayanan.

Petugas administrasi dan petugas kesehatan memberikan keterangan yang sama terkait hal ini, salah seorang petugas administrasi menyatakan *“prosedur pelayanan dan situasi kerja seperti yang Mas lihat, tidak ada yang kami rekayasa, semua sesuai dengan skema pelayanan yang ada di papan petunjuk. Selain itu masyarakat sudah mengetahui prosedurnya karena prosedur seperti ini memang sudah lama dijalankan. Sebagai petugas administrasi kita tidak bisa menghindari masyarakat yang akan berobat, kalau kita hindari mereka tidak bisa berobat”*. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan dari salah satu petugas kesehatan sebagai berikut :

*“sebagai petugas kesehatan, peran kita sangat penting dalam memberikan pelayanan kesehatan, terutama BPJS. Walau apa yang kami dapat dari BPJS-Kesehatan lebih sedikit dari pada waktu kami melayani pasien umum, tetapi kami tetap harus memberikan*

*pelayanan. Kalau bukan kami, siapa lagi ?. Untuk melayani peserta BPJS-Kesehatan yang lebih dari 100.000 orang dengan jumlah tenaga kesehatan yang terbatas ini memang berat, tapi ini sudah menjadi tanggung jawab kami.....kami tidak bisa untuk menghindar dari pasien, dengan segala kekurangan sumber daya ini, kami berusaha untuk semaksimal mungkin. Kalau kami menghindar, namanya kami tidak profesional. Lagi pula desain pelayanan kesehatan baik umum maupun BPJS memang didesain untuk berinteraksi langsung dengan masyarakat” (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).*

Selain itu, masyarakat pengguna layanan yang peneliti wawancarai juga menyatakan hal yang sama *“proses pelayanan di sini mudah, jelas, tidak ada peraturan yang memberatkan, sudah sesuai dengan yang digambar”* (wawancara dengan DL tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen)

Terkait dengan kekuatan posisi mereka dalam implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan, mereka mengakui bahwa posisi mereka kuat, disebabkan merekalah yang memberikan pelayanan karena dibekali dengan keahlian khusus yang tidak semua orang mempunyai. Berikut pernyataan salah satu petugas kesehatan terkait dengan pernyataan di atas, *“posisi kami memang kuat, karena kami mempunyai keahlian khusus. Kalau pelayanan yang lain mungkin masyarakat bisa mempunyai keahlian atau pengetahuan yang sama. Tapi kalau pelayanan kesehatan ini, pastinya hanya kami yang mempunyai keahlian di bidang kesehatan”* (wawancara tanggal 6 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Dalam konteks pola diskresi yaitu *street level bureaucrats* mengatur masyarakat dan situasi kerja, mekanisme/prosedur implementasi sebuah pelayanan menjadi isu utama. Melalui hal tersebut masyarakat sebagai pengguna layanan di atur sedemikian rupa sehingga posisi *street level bureaucrats* dalam pelayanan tetap kuat. Hal tersebut mengindikasikan adanya sebuah tekanan kepada masyarakat/pengguna layanan untuk patuh terhadap mekanisme/prosedur yang telah ditetapkan. Terkait hal tersebut, mekanisme/prosedur yang bertujuan untuk mendorong/menekan masyarakat agar patuh terhadap aturan kebijakan BPJS-Kesehatan

pada Puskesmas Kepanjen menurut observasi peneliti hanya bersifat lisan/teguran.

Kepala Puskesmas Kepanjen menyatakan bahwa

*“mekanisme seperti itu pada Puskesmas Kepanjen hanya sebatas teguran lisan saja, tidak sampai menghilangkan hak atau mengurangi hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan dari BPJS-Kesehatan. Sepengetahuan saya tidak ada mekanisme / prosedur di luar prosedur yang telah ditentukan. Saya rasa mekanisme implementasi BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen dirancang sesuai dengan panduan dan kami sesuaikan dengan kondisi di sini, sehingga saya rasa mekanismenya sudah baik”* (wawancara tanggal 7 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Menurut Lipsky, adanya tindakan bias dari *street level bureaucrats* yang terjadi pada saat implementasi sebuah kebijakan terutama kebijakan yang bersifat pelayanan kepada masyarakat terjadi karena adanya upaya mencari masyarakat yang dapat memudahkan pekerjaan mereka. Sesuai fakta penelitian, bahwa *street level bureaucrats* di Puskesmas Kepanjen tidak mempunyai motif pribadi dalam mengimplementasikan kebijakan BPJS-Kesehatan, dan masyarakat mempunyai posisi yang sama.

#### **5.2.1.4 Mempengaruhi mentalitas klien**

Birokrat level bawah mempengaruhi mentalitas masyarakat yang berusaha mendapatkan pelayanan kesehatan dikarenakan besarnya beban kerja yang harus dikerjakannya. Menurut pemaparan Lipsky, hal tersebut menyebabkan birokrat level bawah cenderung untuk menciptakan suasana kerja yang mereka inginkan. Beban kerja yang dirasakan oleh birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen tidak menyebabkan mereka untuk melakukan hal yang tidak sesuai dengan aturan yang ada.

Sesuai dengan apa yang telah disampaikan oleh petugas administrasi dan petugas kesehatan pada pemaparan sebelumnya bahwa beban kerja yang tidak seimbang tersebut tidak menyebabkan mereka untuk melakukan tindakan yang menguntungkan mereka sendiri. Pada tahap ini peneliti menggambarkan kondisi petugas administrasi dan petugas kesehatan tidak melakukan adaptasi secara psikologis. Hal tersebut ditunjukkan dengan pemaparan dari petugas

administrasi dan petugas kesehatan yang keduanya menyatakan bahwa tujuan Puskesmas Kepanjen dapat mereka capai dengan rutinitas kerja yang mereka lakukan selama ini.

Sesuai dengan hasil wawancara peneliti, *job description* di Puskesmas Kepanjen berdasarkan keahlian yang mereka miliki. Hal tersebut sesuai dengan fungsi Puskesmas Kepanjen yaitu memberikan pelayanan kesehatan primer kepada masyarakat. Salah seorang petugas kesehatan menyatakan bahwa *“spesialisasi pekerjaan memang harus ada, perawat bertugas merawat, dokter bertugas memeriksa pasien, apoteker bertugas meracik obat, yang admin bertugas mengurus admin. Hal itu sudah menjadi pembagian tugas yang baku, jadi spesialisasi ini bukan bentuk kami yang menginginkan”* (wawancara tanggal 7 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Hal tersebut menegaskan bahwa pada Puskesmas Kepanjen, spesialisasi tugas bukan merupakan bentuk dari upaya memodifikasi konsep kerja mereka.

Sama seperti pemaparan sebelumnya, ideologi yang dianut oleh birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen sesuai dengan tujuan dari Puskesmas Kepanjen, seperti yang dikemukakan oleh salah satu petugas kesehatan berikut ini *“ideologi kami saya rasa ideologi tentang kemanusiaan, karena kami bekerja di bidang kesehatan dan saya rasa Puskesmas ini juga berpedoman pada nilai itu”* (wawancara tanggal 7 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Salah seorang petugas administrasi bahkan menyatakan bahwa narasumber tidak mempunyai ideologi spesifik saat bekerja menjalankan tugasnya. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan salah satu petugas administrasi tersebut sebagai berikut : *“saya sebenarnya tidak punya ideologi, yang penting saya menjalankan tugas dengan baik, masyarakat terlayani”* (wawancara tanggal 7 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Lipsky menjelaskan tidak seimbangnya antara beban tugas dengan sumber daya manusia juga menyebabkan birokrat level bawah untuk memodifikasi pengertian mereka tentang klien, hal tersebut dilakukan agar memudahkan pekerjaan mereka dalam mencapai tujuan organisasi. Mengenai hal tersebut, birokrat level bawah

Puskesmas Kepanjen mengakui bahwa hal tersebut tidak dapat mereka lakukan karena secara norma dan secara teknis, mereka tidak dapat mengelompokkan masyarakat ke dalam beberapa golongan kelompok. Hal tersebut sesuai dengan apa yang disampaikan oleh salah satu petugas administrasi berikut ini

*“kami tidak bisa membedakan masyarakat yang akan mendaftar untuk kepentingan kami, perbedaan masyarakat yang mendaftar hanya berdasar mereka terdaftar BPJS atau umum, mereka mau ke dokter umum, gigi, atau ke bidan, itu saja”* (wawancara tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Hal tersebut diperkuat dengan pemaparan dari salah satu tenaga kesehatan berikut *“kami tidak pernah membedakan pasien, semua sama. Kami berikan pelayanan kesehatan, BPJS atau umum juga sama. Tidak ada yang khusus”* (wawancara tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Wawancara peneliti dengan masyarakat menyatakan *“kami merasa tidak dibeda-bedakan, sama saja. Kami mendaftar, antri, waktu giliran langsung dilayani sama petugasnya”* (wawancara dengan HS tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Hasil wawancara peneliti dengan petugas administrasi maupun petugas kesehatan, mereka sama-sama menyatakan bahwa tidak mungkin untuk mengelompokkan masyarakat berdasarkan kemauan mereka. Mereka menyebutkan bahwa pelayanan di Puskesmas tidak sekompleks pelayanan di rumah sakit, jika di rumah sakit memang memungkinkan untuk membedakan pasien berdasarkan tipe pasiennya (BPJS, asuransi, atau umum). Mereka juga menyatakan bahwa pelayanan kesehatan di Puskesmas yang sederhana tidak dapat membuat celah bagi karyawan untuk membedakan pasien untuk kepentingan pribadi.

### **5.2.2 Pengaruh diskresi terhadap Implementasi Kebijakan BPJS Kesehatan**

Sesuai dengan pendapat Meyers dan Vorsanger (2012) yang menyatakan bahwa birokrat level bawah dapat mempengaruhi implementasi sebuah kebijakan melalui diskresi yang dilakukannya, hal tersebut juga berlaku pada diskresi yang terjadi di Puskesmas Kepanjen.



Pemaparan hasil penelitian berikut akan disampaikan mengenai pengaruh diskresi yang terjadi di Puskesmas Kepanjen terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Pengaruh diskresi terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen dapat dibedakan menjadi pengaruh langsung dan tidak langsung. Untuk lebih jelasnya akan dijabarkan sebagai berikut :

#### 5.2.2.1 Langsung

Berdasarkan hasil wawancara peneliti, diskresi yang terjadi di Puskesmas Kepanjen berupa diskresi administrasi. Diskresi administrasi dalam implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen adalah upaya dari birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen untuk mengupayakan agar Peserta BPJS Kesehatan yang tidak terdaftar pada Puskesmas Kepanjen tetap dapat dilayani.

Salah seorang petugas administrasi yang peneliti wawancarai menyatakan bahwa tindakan yang dilakukannya memang berdampak pada berjalannya Kebijakan BPJS-Kesehatan, seperti yang disampaikan oleh narasumber berikut *“pengaruhnya ya pelayanan kesehatan dapat berjalan, kalau pelayanan kesehatan dapat berjalan berarti Kebijakan BPJS-Kesehatan berjalan dengan baik”* (wawancara tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen). Kepala Puskesmas Kepanjen juga memperkuat pernyataan dari petugas administrasi tersebut dengan mengatakan *“diskresi tersebut juga sebagai bentuk tanggung jawab kami dalam memberikan pelayanan kesehatan, selain itu posisi kami dalam kebijakan ini adalah sebagai faskes tingkat pertama, akan kami layani dengan kemampuan kami”* (wawancara tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

Salah seorang petugas administrasi menyatakan bahwa diskresi yang terjadi membuat petugas administrasi pada khususnya untuk mempunyai inisiatif dalam mengatasi masalah terkait dengan implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Inisiatif untuk mengatasi masalah tersebut bertujuan agar Kebijakan BPJS-Kesehatan dapat di implementasikan dengan baik dan masyarakat tetap mendapatkan pelayanan kesehatan.



Terkait pengaruh diskresi terhadap proses administrasi, petugas administrasi menyatakan bahwa hal tersebut terbantu dengan adanya kebijakan dari Bupati Kabupaten Malang tentang dihapuskannya biaya berobat di Puskesmas se-Kabupaten Malang. Petugas administrasi menyatakan pula bahwa kebijakan tersebut tidak ada, maka penerimaan peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Puskesmas Kepanjen akan mempengaruhi keuangan Puskesmas Kepanjen. Hal tersebut akan berpengaruh langsung terhadap kemampuan Puskesmas Kepanjen dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta BPJS-Kesehatan yang terdaftar di Puskesmas Kepanjen.

#### **5.2.2.2 Tidak Langsung**

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan birokrat level bawah Puskesmas Kepanjen, mereka menyatakan bahwa pengaruh tidak langsung diskresi terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan tidak dirasakan. Mereka menyatakan bahwa diskresi yang mereka lakukan tidak berpengaruh terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Hal tersebut disebabkan karena mereka menilai bahwa diskresi yang mereka lakukan bukan merupakan sebuah tindakan besar yang dapat mengubah implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan secara drastis. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan dari Kepala Puskesmas Kepanjen yang menyatakan "*pengaruh tidak langsung diskresi terhadap pelaksanaan Kebijakan BPJS-Kesehatan saya rasa tidak ada*" (wawancara tanggal 9 Oktober 2015, di Puskesmas Kepanjen).

### **5.3 Analisis Data**

#### **5.3.1 Bentuk Diskresi Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen**

##### **5.3.1.1 Pembatasan terhadap akses dan permintaan**

Kesehatan merupakan hak yang melekat pada setiap warga negara karena hal tersebut merupakan hak dasar yang harus dipenuhi oleh negara. Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan salah satu kebijakan yang bertujuan agar setiap masyarakat dapat menikmati dan mengakses pelayanan kesehatan. Kebijakan BPJS-Kesehatan muncul disebabkan kebijakan kesehatan yang ada selama ini hanya

menjangkau masyarakat miskin (Jamkesmas dan Jamkesda) sedangkan bagi masyarakat kelas menengah ke atas mendapatkan pelayanan kesehatan secara mandiri. Mekanisme masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan dalam Kebijakan BPJS-Kesehatan ini mengadopsi dari mekanisme asuransi pada umumnya.

Pada Kebijakan BPJS-Kesehatan ini masyarakat dapat menjangkau pelayanan kesehatan melalui 3 tahapan, pertama masyarakat harus mengunjungi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (Puskesmas dan klinik swasta yang bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan), kedua jika Faskes Tingkat Pertama tidak mampu memberikan pelayanan kesehatan (tidak ada dokter spesialis, kurangnya sarana prasarana, atau tingkat keseriusan penyakit yang diderita) masyarakat dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Kedua yaitu rumah sakit daerah maupun rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS, ketiga jika Faskes kedua tersebut tetap tidak mampu maka akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Ketiga yaitu rumah sakit daerah yang tingkatannya lebih tinggi atau rumah sakit swasta tingkatnya lebih tinggi yang bekerja sama dengan BPJS-Kesehatan. Berdasarkan hal tersebut, maka tidak ada alasan atau tidak ada hambatan masyarakat mengakses pelayanan kesehatan dalam Kebijakan BPJS-Kesehatan ini.

Dalam konteks implementasi kebijakan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat, Lipsky memaparkan bahwa salah satu pola diskresi yang terjadi oleh birokrat level bawah adalah adanya pembatasan terhadap permintaan pelayanan dan pembatasan akses untuk memperolehnya. Lipsky menjelaskan bahwa pembatasan tersebut ditempuh dengan cara penerapan biaya dengan jumlah tertentu kepada masyarakat yang menggunakan pelayanan tersebut. Hal tersebut dimungkinkan karena birokrat level bawah mempunyai wewenang memilih masyarakat yang akan dilayaninya sesuai dengan kepentingan pribadi.

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, ditemukan fakta bahwa pembatasan akses dan permintaan terhadap pelayanan kesehatan tidak terjadi pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan

di Puskesmas Kepanjen. Pada aspek keseimbangan antara jumlah sumber daya manusia dan beban kerja, sesuai dengan hasil wawancara kedua kelompok tersebut menyatakan bahwa beban kerja mereka tidak menjadikan mereka melakukan diskresi untuk memudahkan atau meringankan beban kerja mereka. Hal tersebut bertentangan dengan apa yang disampaikan oleh Lipsky, bahwa beban kerja yang berat memaksa birokrat level bawah untuk melakukan diskresi yang bertujuan untuk meringankan beban kerja mereka.

Terkait dengan beban kerja yang tidak seimbang terhadap jumlah sumber daya manusia tersebut, Vorsangers dan Meyers berpendapat bahwa kontrol organisasi lah yang bertanggung jawab terhadap hal tersebut. Lebih lanjut, Brodtkin dalam Vorsangers (2012) menyatakan bahwa diskresi yang terjadi sebagai akibat dari apa yang organisasi perintahkan kepada mereka. Fenomena yang terjadi jika dilihat dari sudut pandang Vorsangers dan Meyers, penentuan keseimbangan antara beban kerja dengan jumlah sumber daya manusia merupakan tanggung jawab penuh dari organisasi. Peneliti berpendapat, hal tersebut sesuai dengan kemampuan Puskesmas Kepanjen dalam memenuhi kebutuhan sumber daya manusianya.

Fakta terdapat kesadaran dari individu pada kedua kelompok tersebut bahwa apa yang mereka lakukan merupakan tugas mereka adalah salah satu bukti bahwa tingginya beban kerja tidak semata-mata akan menimbulkan diskresi. Sesuai dengan pendapat dari Brodtkin dalam Vorsangers di atas, kedua kelompok tersebut memang melakukan apa yang diperintahkan oleh organisasi kepada mereka (*job description* mereka) dan hal tersebut tidak dapat mereka hindari.

Terkait dengan jumlah sumber daya manusia di Puskesmas Kepanjen dan diskresi yang terjadi, fenomena tersebut tidak sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Winter dalam Simon dan Vorsangers (2012) yang menyatakan bahwa sumber daya merupakan faktor penting dalam upaya mengurangi diskresi yang terjadi. Peneliti berpendapat bahwa tidak terjadinya diskresi disebabkan karena deskripsi dan tugas kerja pada kedua kelompok kerja yang sebenarnya

sederhana walaupun volume pekerjaan cukup tinggi. Pada kelompok kerja pertama peneliti berpendapat bahwa tidak dibutuhkan kualitas sumber daya manusia yang cukup tinggi, selain itu juga tidak dibutuhkan kuantitas sumber daya manusia yang banyak. Sedangkan pada kelompok kerja kedua, peneliti berpendapat memang harus mempunyai kualitas sumber daya manusia yang tinggi, namun secara kuantitas peneliti berpendapat implementasi kebijakan BPJS-Kesehatan masih dapat dilaksanakan dengan formasi sumber daya manusia yang ada.

Situasi di mana beban kerja tinggi dan sumber daya manusia yang kurang, dapat memicu birokrat level bawah untuk mengambil keuntungan pribadi misalnya dengan memungut biaya tidak resmi kepada masyarakat. Sesuai dengan fakta penelitian, apa yang telah dikemukakan Lipsky tersebut tidak terbukti. Sesuai dengan hasil wawancara dan observasi peneliti, peneliti berpendapat bahwa hal tersebut disebabkan pelayanan kesehatan pada Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan pelayanan yang sederhana dan tidak membutuhkan syarat-syarat yang banyak dan tidak membutuhkan birokrasi yang rumit dan panjang. Sehingga hal tersebut tidak memberikan celah bagi birokrat level bawah untuk mendapatkan keuntungan pribadi secara finansial.

Permasalahan keseimbangan sumber daya manusia terhadap beban kerja sebenarnya merupakan permasalahan umum yang dapat di temukan pada mayoritas pelayanan publik primer. Berdasarkan pemaparan dari Kepala Puskesmas Kepanjen terkait dengan upaya pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia beserta hambatannya, peneliti berpendapat bahwa pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia di Puskesmas Kepanjen terhambat disebabkan karena sistem perekrutan sumber daya manusia Kabupaten Malang yang tidak efektif dan efisien. Hal tersebut disebabkan karena sistem perekrutan pegawai negeri sipil yang digunakan di Indonesia mengharuskan perekrutan dilakukan serentak bersama-sama dengan dinas atau badan pemerintah lainnya. Sehingga kebutuhan sumber daya manusia tidak dapat segera dipenuhi, selain itu Puskesmas

Kepanjen juga kesulitan jika merekrut karyawan baru dikarenakan kemampuan finansial yang tidak mencukupi.

Fenomena kontradiktif terhadap apa yang disampaikan oleh Lipsky tersebut juga bertentangan dengan apa yang dikemukakan oleh Winter dalam Simon dan Vorsangers (2012) yang menyatakan bahwa sumber daya merupakan faktor penting dalam upaya mengurangi diskresi yang terjadi. Berangkat dari hal tersebut peneliti menyimpulkan bahwa birokrat level bawah yang ada di Puskesmas Kepanjen mempunyai kualitas yang cukup baik. Kualitas tersebut dapat dilihat dari kemampuan birokrat level bawah dalam mengatasi beban kerja yang berat dengan komposisi sumber daya manusia yang minimal tanpa adanya diskresi yang terjadi.

Terkait pola komunikasi antara lembaga (Kantor BPJS Malang dengan Puskesmas Kepanjen), Edwards III menyatakan salah satu dari 4 faktor variabel yang berpengaruh terhadap implementasi sebuah kebijakan adalah variabel komunikasi. Berdasarkan pernyataan Edwards III tersebut, pola komunikasi antar lembaga pelaksana kebijakan memegang peran penting dalam suksesnya implementasi sebuah kebijakan di samping faktor lainnya. Berdasarkan pada gambar 6, pola komunikasi Puskesmas di Kabupaten Malang dengan Kantor BPJS Malang hanya sebatas koordinatif, sedangkan yang terjadi di lapangan dapat dilihat pada gambar 7.

Peneliti berasumsi berdasarkan pola komunikasi tersebut, jika Kantor BPJS Malang akan memberitahukan adanya perubahan terkait Kebijakan BPJS-Kesehatan kepada Puskesmas yang ada di Kabupaten Malang, maka Kantor BPJS Malang harus melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Malang terlebih dahulu. Berdasarkan hal ini, peneliti berasumsi pola komunikasi dan koordinasi seperti itu tidak efektif terutama jika ada informasi mendesak terkait Kebijakan BPJS-Kesehatan. Oleh karena itu Kantor BPJS Malang menggunakan wewenang yang dimiliki untuk mempersingkat waktu berkoordinasi dengan melewati Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dan langsung menuju Puskesmas yang ada di Kabupaten Malang.



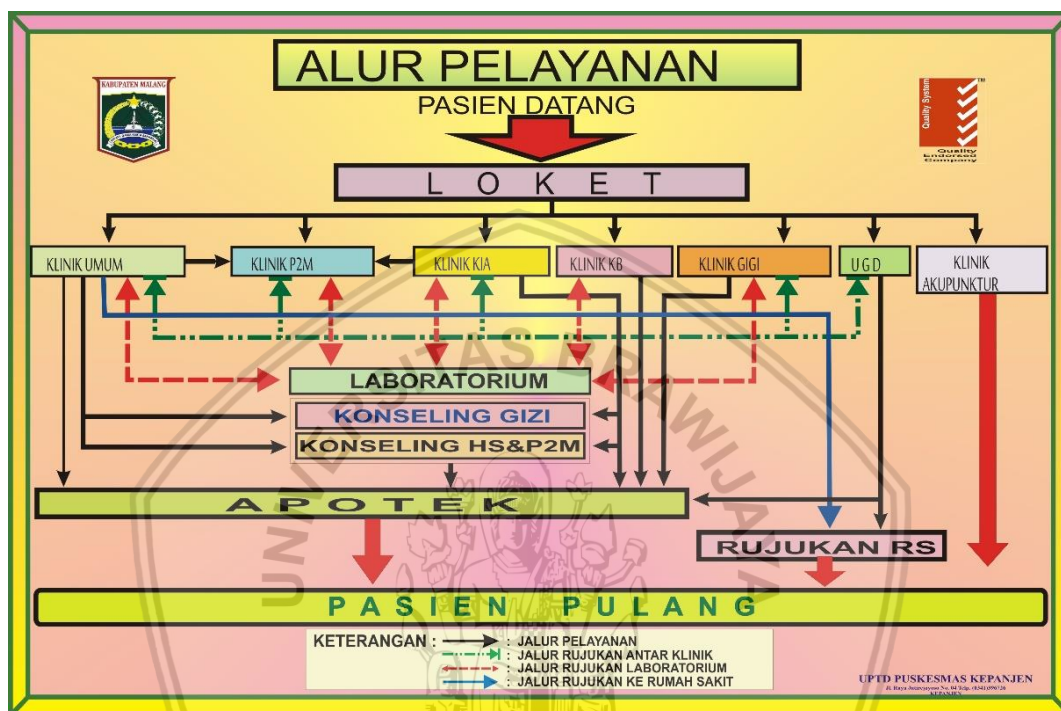
Merujuk pada Undang-undang No. 30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan, pada Pasal 1 Ayat 9 disebutkan bahwa diskresi dapat dilakukan oleh pejabat pemerintahan untuk mengatasi persoalan konkret yang dihadapi dalam penyelenggaraan pemerintahan. Menurut UU No. 30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan tindakan Kepala BPJS Malang tersebut dapat dibenarkan dan dapat pula tidak dibenarkan. Dapat dibenarkan jika alasan Kepala BPJS Malang memotong alur komunikasi karena alur komunikasi yang panjang, namun jika wewenang tersebut digunakan di luar kepentingan umum, maka diskresi tersebut bertentangan dengan UU No. 30 Tahun 2014 Tentang Administrasi Pemerintahan. Terbatasnya informasi yang dapat peneliti gali dari narasumber terkait fenomena ini, menyebabkan peneliti tidak dapat menganalisis fenomena ini lebih jauh.

Terkait dengan apa yang disampaikan oleh Lipsky mengenai diskresi yang terjadi karena kurangnya informasi yang dimiliki oleh masyarakat saat memperoleh pelayanan, pada fenomena di Puskesmas Kepanjen hal tersebut tidak terjadi. Peneliti berpendapat pada tahapan implementasi di masyarakat tidaklah rumit, selain itu pada saat masyarakat mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS-Kesehatan, mereka telah mendapatkan informasi yang komprehensif dari petugas BPJS tempat mereka mendaftar. Sehingga peneliti berkesimpulan bahwa pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen, pemahaman masyarakat terhadap kebijakan ini menjadikan tidak adanya celah bagi birokrat level bawah di Puskesmas Kepanjen untuk mendapatkan keuntungan pribadi (melakukan diskresi).

Selain itu peneliti berkesimpulan bahwa desain pelayanan saat masyarakat berusaha mendapatkan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kepanjen memang sederhana. Desain pelayanan dalam rangka implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen menurut peneliti tidak berbeda jauh dengan desain pelayanan pasien sebelum adanya kebijakan ini. Berikut merupakan

desain pelayanan dalam rangka implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen.

Gambar. 8 Alur pelayanan kebijakan BPJS-Kesehatan Puskesmas Kepanjen



Sumber : Puskesmas Kepanjen 2014

#### 5.3.1.2 Ketidakadilan administrasi

Lipsky menjelaskan bahwa terjadinya ketidakadilan administrasi disebabkan karena adanya tindakan bias dari birokrat level bawah. Dalam tindakan bias dari birokrat level bawah ini, masyarakat menjadi pihak yang tidak dituntungkan karena birokrat level bawah cenderung untuk selektif dalam memilih siapa yang akan mereka layani. Pada fakta implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen sesuai dengan hasil penelitian, menunjukkan bahwa tindakan bias dari birokrat level bawah tidak terjadi. Meyers dan Vorsangers menyatakan bahwa terjadinya diskriminasi dalam pelayanan salah satunya disebabkan oleh akuntabilitas yang jelek.

Berdasarkan informasi dan pernyataan dari narasumber, pelayanan kesehatan di Puskesmas Kepanjen didesain untuk

menciptakan pelayanan yang sederhana dan mudah. Sehingga dengan kesederhanaan pelayanan tersebut akuntabilitas dapat terjaga. Akuntabilitas erat kaitannya dengan keterbukaan, peneliti berpendapat bahwa Kebijakan BPJS-Kesehatan pada implementasi tingkat bawah (pelayanan kesehatan kepada masyarakat) sudah akuntabel. Namun pada implementasi antar lembaga (Kantor BPJS, Puskesmas, dan Dinas Kesehatan) tidak akuntabel. Hal tersebut ditunjukkan dengan tidak transparannya perubahan peraturan implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan oleh Kantor BPJS Malang terhadap Puskesmas.

Sesuai dengan penjabaran Meyers dan Vorsangers, tidak akuntabel implementasi sebuah kebijakan maka akan tercipta ketidakadilan terhadap masyarakat, namun tidak akuntabelnya implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan pada tingkat lembaga tidak berpengaruh terhadap ketidakadilan pelayanan kepada masyarakat. Hal tersebut disebabkan karena fenomena tersebut terjadi pada tingkat kelembagaan dan tidak bersentuhan langsung dengan masyarakat.

Brehm dan Gates (1997) menyatakan bahwa birokrat level bawah mampu membuat peraturannya sendiri terlepas dari peraturan organisasi yang disebabkan oleh ideologi maupun norma yang mereka anut. Hal tersebut menunjukkan bahwa norma yang di pahami dan di anut oleh birokrat level bawah dapat berpengaruh kuat terhadap implementasi sebuah kebijakan. Norma merupakan sebuah faktor yang melekat pada birokrat level bawah yang tidak dapat di pengaruhi oleh intervensi baik dari organisasi maupun dari struktur sistem kebijakan itu sendiri. Peneliti berpendapat bahwa pelayanan maupun kebijakan seputar kesehatan secara garis besar memiliki karakteristik yang berbeda dengan pelayanan maupun kebijakan seputar pelayanan publik lainnya, seperti pelayanan / kebijakan tentang kependudukan, pelayanan / kebijakan tentang perijinan, pelayanan / kebijakan tentang pendidikan, dan lain sebagainya.

Kebijakan / pelayanan kesehatan terikat oleh norma dan nilai kemanusiaan, secara langsung maupun secara tidak langsung pada birokrat level bawahnya. Norma dan nilai kemanusiaan tersebut

melekat di birokrat level bawah secara sadar maupun secara tidak sadar. Nilai dan norma tersebut melekat secara sadar melalui pendidikan yang ditempuh oleh birokrat level bawah (tenaga paramedis dan dokter), sedangkan secara tidak sadar melalui pengalaman melaksanakan tugas dan interaksi setiap hari dengan pasien maupun dengan tenaga paramedis dan dokter, melalui hal tersebut norma dan nilai kemanusiaan dapat ditularkan kepada birokrat level bawah yang lain (misalnya tenaga administrasi).

Berangkat dari hal tersebut dan sesuai dengan fakta yang ada, maka peneliti berpendapat bahwa nilai dan norma kemanusiaan merupakan faktor kuat dalam tercapainya implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan yang baik di Puskesmas Kepanjen. Melalui norma dan nilai yang dipegang oleh tenaga medis dan tenaga administrasi, mereka dapat mengesampingkan kepentingan pribadi mereka sehingga tidak terjadi diskresi yang menuju arah negatif. Hal tersebut diperkuat dengan pernyataan dari Brehm dan Gates (1997) yang menyatakan norma dan nilai tersebut juga menjadi norma dan nilai yang dianut oleh rekan kerjanya sehingga semakin memperkuat diskresi yang terjadi, yang dalam penelitian ini norma dan nilai tersebut semakin memperkuat tenaga medis dan tenaga administrasi untuk tidak melakukan diskresi.

#### **5.3.1.3 Mengatur masyarakat dan situasi kerja**

Lipsky menjelaskan birokrat level bawah mengatur masyarakat dan situasi kerja melalui tujuh (7) cara, pada dasarnya cara tersebut berusaha untuk menciptakan situasi di mana masyarakat bergantung sepenuhnya kepada birokrat level bawah, selain itu melalui ke tujuh cara tersebut peran dan posisi tawar birokrat level bawah menjadi lebih tinggi. Fenomena yang terjadi di Puskesmas Kepanjen terkait dengan kemampuan birokrat level bawah dalam mengatur masyarakat dan situasi kerja ternyata sangat lemah. Jika dilihat dari ke tujuh cara mengontrol masyarakat seperti yang disebutkan oleh Lipsky, birokrat level bawah pada Puskesmas Kepanjen tidak dapat membatasi interaksi mereka dengan masyarakat. Peneliti berpendapat bahwa implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen

tidak akan berjalan jika interaksi antara birokrat level bawah (petugas administrasi dan petugas kesehatan) dibatasi. Pembatasan interaksi tersebut juga akan menyebabkan Puskesmas Kepanjen tidak dapat menjalankan fungsinya sebagai penyedia layanan kesehatan tingkat pertama dalam Kebijakan BPJS-Kesehatan.

Informasi terkait alur jenjang pelayanan dan informasi terkait birokrasi pelayanan dalam rangka implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan dipahami dengan baik oleh masyarakat pengguna layanan kesehatan di Puskesmas Kepanjen. Hal tersebut menyebabkan tidak adanya kesempatan yang dimiliki oleh petugas administrasi dan petugas administrasi untuk melakukan diskresi yang didasari oleh wewenang yang dipunyainya. Pemahaman masyarakat terhadap alur dan birokrasi pelayanan yang baik berdampak pada kepatuhan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### **5.3.1.4 Mempengaruhi mentalitas klien**

Setiap kebijakan yang pada implementasinya bersentuhan langsung dengan masyarakat (kebijakan kesehatan, kebijakan kependudukan, kebijakan pendidikan, dll), pada pelaksanaannya selalu terdapat tekanan yang dialami oleh provider / implementor. Tekanan tersebut pada umumnya terjadi karena adanya beberapa hal, pertama kebijakan / pelayanan tersebut terkait dengan kepentingan dasar masyarakat dalam memenuhi kebutuhan hidupnya. Kedua, adanya ekspektasi yang tinggi dari masyarakat terkait kualitas kebijakan / pelayanan tersebut. Ketiga, sumber daya manusia yang tidak berkualitas, dan yang terakhir adalah beban kerja yang tidak seimbang dengan ketersediaan sumber daya manusia.

Tekanan-tekanan tersebut dapat berdampak langsung terhadap pencapaian tujuan kebijakan, maupun implementasi kebijakan tersebut (terjadinya diskresi). Sifat alamiah manusia adalah ingin keluar dari tekanan yang dialaminya, oleh Lipsky hal tersebut diidentifikasi mampu membuat birokrat level bawah untuk melakukan diskresi dengan cara menyesuaikan persepsi mereka mengenai tujuan organisasi, tugas / pekerjaan mereka, dan kemampuan yang mereka miliki. Lipsky menjelaskan bahwa berdasarkan tekanan yang diterima



birokrat level bawah, psikologis mereka akan terpengaruh dan mereka akan melakukan perubahan tujuan mereka sampai dengan mereka tidak merasakan tekanan lagi.

Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen tidak luput dari tekanan-tekanan yang dirasakan oleh birokrat level bawah. Tekanan-tekanan tersebut berasal dari beban kerja yang berat dan jumlah tenaga kesehatan yang kurang, namun hal yang menarik pada Puskesmas Kepanjen, tekanan yang dirasakan tidak mempengaruhi birokrat level bawah untuk mengubah persepsinya terhadap tujuan organisasi dan persepsi tugas yang dimilikinya. Peneliti berpendapat bahwa hal tersebut terjadi karena karakteristik profesi mereka yang mempunyai risiko dan tanggung jawab yang besar. Profesi mereka berisiko tinggi karena mereka bertanggung jawab terhadap kesehatan dan nyawa seseorang. Mereka menanggung tanggung jawab yang besar karena jika mereka melakukan kesalahan maupun pelanggaran dalam pekerjaannya maka konsekuensi hukum akan menanti mereka (malpraktek) dan reputasi organisasi ada di pundak mereka.

Peneliti berpendapat sesuai dengan apa yang disampaikan oleh Lipsky, yaitu salah satu cara birokrat level bawah mengatasi tekanan adalah dengan mempunyai keahlian spesifik terhadap suatu tugas. Berdasarkan hal tersebut, peneliti berasumsi bahwa semakin spesifik keahlian yang dimiliki maka semakin sedikit dan semakin ringan pekerjaan dan tanggung jawab yang mereka hadapi, sebaliknya semakin tidak spesifiknya keahlian yang dimiliki maka mengharuskan birokrat level bawah mampu menguasai berbagai macam tugas, sehingga beban tugas dan tanggung jawab yang dimiliki semakin besar.

Namun hal sebaliknya terjadi pada Puskesmas Kepanjen, peneliti melihat bahwa dengan spesifiknya keahlian yang dimiliki oleh birokrat level bawah di Puskesmas Kepanjen (tenaga medis) maka beban kerja dan tanggung jawab yang mereka emban semakin besar. Peneliti berpendapat seorang pasien tidak akan mungkin dilayani oleh seseorang selain dokter atau tenaga paramedis. Begitu pula

sebaliknya tugas perihal administrasi BPJS-Kesehatan tidak akan dapat diselesaikan selain petugas administrasi yang lebih memahami terkait mekanisme administrasi BPJS-Kesehatan.

Oleh karena itu berdasarkan hal tersebut peneliti berpendapat bahwa tekanan yang dirasakan oleh birokrat level bawah di Puskesmas Kepanjen tidak dapat dikurangi hanya dengan cara mempunyai keahlian yang spesifik di bidang tugas tertentu, tapi dengan menyeimbangkan jumlah sumber daya manusia dengan beban kerja. Berdasarkan hal tersebut peneliti mengambil kesimpulan bahwa tekanan pada implementasi kebijakan kesehatan di tingkat bawah (puskesmas khususnya) tidak dapat dihindarkan. Terdapat faktor yang menurut peneliti sebagai pemicu munculnya tekanan walau spesialisasi keahlian telah diterapkan pada birokrat level bawah. Hal tersebut adalah kemampuan puskesmas di Kabupaten Malang secara umum dan di daerah lain pada umumnya.

Pada dasarnya anggaran yang diterima oleh Puskesmas di Kabupaten Malang adalah sama, terkait dengan Kebijakan BPJS-Kesehatan anggaran yang diterima oleh Puskesmas di Kabupaten Malang sesuai dengan jumlah masyarakat yang terdaftar di Puskesmas tersebut dan tingkat pelayanan yang mereka pilih (kelas I, kelas II, dan kelas III). Semakin banyak jumlah masyarakat yang terdaftar semakin besar pula anggaran yang dimiliki, semakin banyak peserta yang memilih tingkat pelayanan kelas I maka semakin besar pula anggaran yang dimiliki (terkait tingkat pelayanan yang berdampak pada penerimaan anggaran Puskesmas, besaran biaya premi yang dibayarkan pada kelas I lebih tinggi daripada kelas II dan kelas III).

Beragamnya besaran anggaran yang diterima oleh Puskesmas di Kabupaten Malang ini tentunya akan berdampak pada kemampuan Puskesmas dalam meningkatkan pelayanan kesehatan dan tentunya berdampak pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Selain itu faktor kedua adalah karakteristik dari kebijakan atau pelayanan di bidang kesehatan itu sendiri. Pelayanan di bidang kesehatan memang membutuhkan sumber daya manusia yang memiliki keahlian dengan spesialisasi tinggi. Oleh karena itu tekanan tetap dapat terjadi pada

birokrat level bawah yang memiliki tingkat spesialisasi keahlian yang tinggi, semakin tinggi spesialisasi keahlian yang dimiliki maka tekanan akan semakin besar dirasakan.

Implikasi tekanan yang dialami oleh birokrat level bawah berlaku kepada masyarakat sebagai sasaran kebijakan. Masyarakat sebagai target sasaran kebijakan maupun pengguna layanan kesehatan dalam konteks Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan pihak yang sering kali tidak mempunyai posisi tawar yang tinggi. Sehingga mereka harus selalu menjadi pihak yang patuh terhadap semua bentuk pelayanan yang diberikan baik dari birokrat level bawah maupun dari organisasi. Masyarakat sebagai sasaran Kebijakan BPJS-Kesehatan juga mempunyai posisi tawar yang tidak tinggi, sehingga mereka harus patuh terhadap prosedur dan bentuk layanan yang diberikan oleh Puskesmas Kepanjen.

Berkaca pada hal tersebut dan tekanan yang dialami oleh birokrat level bawah, masyarakat rentan mendapatkan perlakuan diskriminasi sebagai akibat dari diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah. Fakta yang terjadi menunjukkan bahwa kemungkinan tersebut tidak terjadi pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. Sesuai dengan apa yang telah dijabarkan di atas, norma profesi yang mampu menghindarkan birokrat level bawah dalam melaksanakan diskresi. Peneliti berpendapat bahwa profesi

### **5.3.2 Pengaruh diskresi terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan**

Secara langsung diskresi yang terjadi berpengaruh positif terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen. Diskresi yang dilakukan oleh Kepala Kantor BPJS-Kesehatan Malang, memang terkait dengan implementasi, namun hal tersebut tidak berpengaruh signifikan terhadap mekanisme implementasi di lapangan. Pola komunikasi antar lembaga yang berubah menurut peneliti justru memudahkan koordinasi dan pemecahan masalah yang membutuhkan keputusan yang cepat. Namun yang harus menjadi perhatian adalah kontrol dan peran dari Dinas Kesehatan Kabupaten Malang tetap dibutuhkan, kontrol tersebut bertujuan agar diskresi yang terjadi tidak

merugikan masyarakat sebagai target kebijakan juga tidak merugikan Puskesmas sebagai pelaksana kebijakan.

### **5.3.3. Langkah-langkah yang dapat ditempuh untuk meningkatkan kualitas implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan**

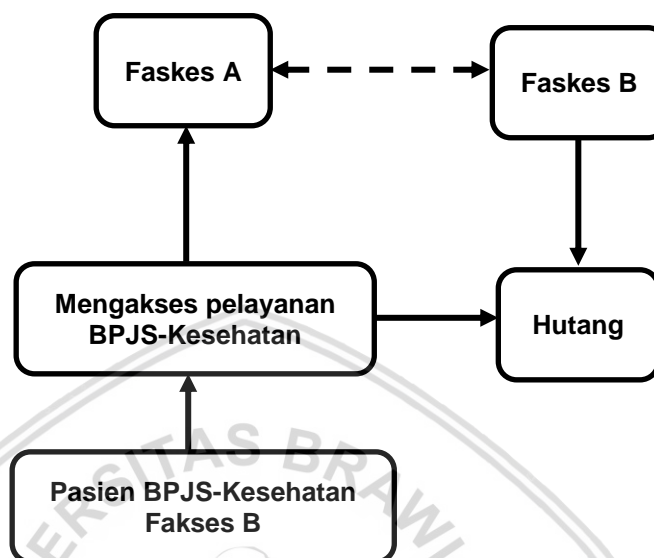
Pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen di tingkat bawah tidak ditemukan adanya diskresi, namun pada tingkat manajerial terdapat perubahan pola komunikasi, di mana komunikasi antar Kantor BPJS-Kesehatan dengan Puskesmas yang ada di Kabupaten Malang dilakukan dengan langsung tanpa melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Hal tersebut wajar terjadi mengingat Kebijakan BPJS-Kesehatan merupakan kebijakan *top-down*, di mana terdapat gap antara konsep implementasi kebijakan dengan fakta riil di lapangan, selain itu kebijakan *top-down* hanya fokus dari sudut pandang pembuat kebijakan tanpa adanya masukan dari pelaksana kebijakan sebagai penyeimbang. Analisis peneliti menghasilkan beberapa hal yang dapat ditingkatkan dari implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan untuk dapat meminimalisir terjadinya diskresi.

1. Mengganti sistem kapitasi yang digunakan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk mengatur keuangannya.

Hal yang menyebabkan tidak fleksibelnya fasilitas kesehatan tingkat pertama dalam memberikan layanan kesehatan khususnya kepada masyarakat peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di faskes tersebut, disebabkan oleh sistem keuangan yang menganut sistem kapitasi. Anggaran yang diterima oleh faskes tergantung berdasarkan jumlah masyarakat yang terdaftar di faskes tersebut, oleh karena itu masyarakat yang tidak terdaftar di faskes tersebut tidak dapat dilayani karena secara keuangan mereka menjadi beban faskes tersebut dan biaya tersebut tidak dapat diklaim kepada BPJS-Kesehatan.

Analisa peneliti terkait penyempurnaan skema keuangan Kebijakan BPJS-Kesehatan dapat dilihat pada gambar berikut ini :

Gambar. 9 Analisis skema keuangan Kebijakan BPJS-Kesehatan menurut peneliti.



Sumber : Peneliti (2016)

Pada skema tersebut terdapat dua fasilitas kesehatan tingkat pertama, yaitu Faskes A dan Faskes B. Terdapat peserta BPJS-Kesehatan yang terdaftar di Faskes B ingin berobat ke Faskes A. Sesuai dengan skema hasil analisis peneliti, Faskes A harus menerima pasien tersebut. Setelah terlayani oleh Faskes A, maka Faskes A mempunyai piutang kepada Faskes B sesuai dengan Faskes yang terdaftar pada pasien tersebut. Piutang yang dimiliki oleh Faskes A kepada Faskes B adalah piutang biaya pemeriksaan oleh dokter, biaya laboratorium (jika ada) dan biaya obat. Piutang tersebut dapat di bayar oleh Faskes B kepada Faskes A paling lambat 30 hari setelah pasien tersebut memeriksakan diri di Faskes A.

Dengan menerapkan skema utang-piutang antar Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama tersebut, maka masyarakat peserta BPJS-Kesehatan dapat terlayani di seluruh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Se-Indonesia. Selain itu secara anggaran, skema tersebut dapat mengatasi permasalahan siapa yang akan membayar



biaya pengobatan jika pasien tersebut tidak terdaftar di Faskes tersebut. Proses pembayaran hutang-piutang dapat melalui nomor rekening yang dimiliki oleh masing-masing Faskes, sehingga mempermudah proses pembayaran.

Untuk dapat melaksanakan skema tersebut, terdapat beberapa hal yang perlu disesuaikan, yaitu penggunaan database yang terpusat dan dapat diakses oleh seluruh stakeholder yang terkait dan adanya payung hukum yang mengatur agar Faskes Puskesmas dapat mengelola anggaran BPJS-Kesehatan secara mandiri. Payung hukum tersebut peneliti anggap penting karena selama ini anggaran BPJS-Kesehatan yang masuk ke Puskesmas harus melalui Dinas Kesehatan dan harus mengikuti proses penganggaran Pemerintah Daerah. Peneliti berpendapat bahwa khusus untuk Puskesmas seharusnya proses penganggaran boleh tidak melalui Dinas Kesehatan dan tidak mengikuti proses penganggaran Pemerintah Daerah. Peneliti berpendapat hal tersebut dapat menghambat proses pemberian layanan kesehatan oleh Puskesmas.

2. Pusat data peserta BPJS-Kesehatan yang terpusat dan dapat diakses oleh stakeholder pelaksana Kebijakan BPJS-Kesehatan.

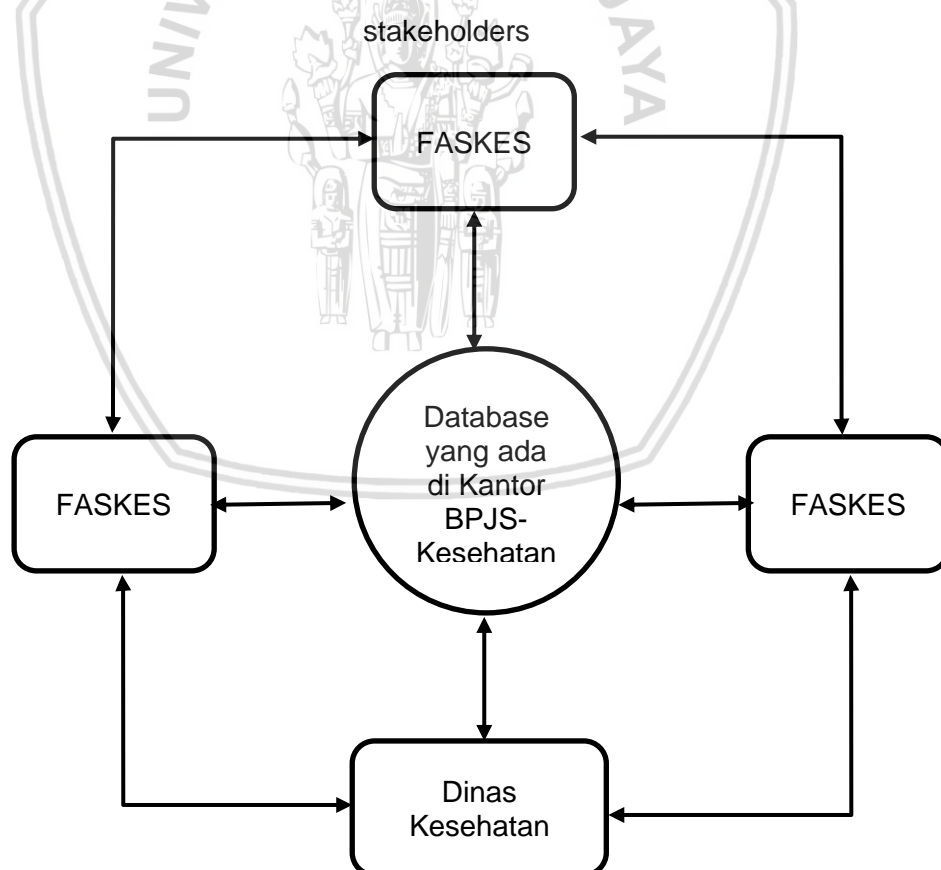
Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama telah mempunyai sistem database online yang terintegrasi dengan database peserta BPJS-Kesehatan yang dimiliki oleh Kantor BPJS-Kesehatan. Sistem ini digunakan secara real time oleh Puskesmas saat masyarakat peserta BPJS-Kesehatan mendaftar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, sehingga riwayat penyakit, pengobatan, dan perawatan pasien peserta BPJS-Kesehatan dapat terekam. Selain hal tersebut sistem database online juga bermanfaat bagi Puskesmas maupun fasilitas kesehatan tingkat pertama lain dalam menyusun laporan administrasi dan laporan keuangan yang akan dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Malang.

Peran Dinas Kesehatan Kabupaten Malang sebagai *health policy formulator* di tingkat daerah harus turut aktif dalam mengontrol Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di tingkat paling bawah

yaitu Puskesmas dan fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya. Oleh karena itu sistem database peserta BPJS-Kesehatan juga harus dapat diakses oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Malang. Hal tersebut dapat memudahkan Dinas Kesehatan Kabupaten Malang dalam mengontrol setiap laporan pelaksanaan Kebijakan BPJS-Kesehatan yang dilakukan oleh Puskesmas dan fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya.

Terkait dengan pelaksanaan skema keuangan sebagaimana digambarkan pada gambar 9, sistem database yang terpusat dan real time sangat penting. Mengenai gambaran penggunaan database sesuai dengan skema yang peneliti sarankan dapat dilihat pada gambar berikut

Gambar 10. Skema penggunaan database BPJS-Kesehatan oleh



Sumber : Peneliti (2016)

Database BPJS-Kesehatan harus dapat diakses oleh stakeholders pelaksana kebijakan secara real time dan stakeholders dapat bertukar data antara satu dengan yang lainnya. Database tersebut tidak hanya berisi tentang profil kepesertaan dan status kepesertaan BPJS-Kesehatan saja, tetapi juga mencakup status mutasi faskes, perpindahan kelas, tunggakan premi, histori penggunaan layanan BPJS-Kesehatan oleh peserta. Database tersebut nantinya dijadikan pedoman masing-masing faskes dalam menyusun laporan administrasi dan laporan keuangannya. Pada laporan administrasi dan laporan keuangan faskes secara berkala tersebut dapat dilihat hutang dan piutang yang dimiliki oleh faskes tersebut terhadap faskes lainnya.

Keuntungan yang diperoleh dari hal tersebut adalah proses kontrol terhadap keadaan anggaran dan perkembangan peserta BPJS-Kesehatan dapat dilihat secara real time dan transparan. Kantor BPJS-Kesehatan dan Dinas Kesehatan dapat memverifikasi secara langsung dan tidak akan terdapat kesalahan data yang digunakan pada waktu pelaporan oleh faskes. Sehingga keputusan-keputusan strategis terkait implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan dapat diambil secara tepat.

3. Adanya payung hukum yang mengatur agar Puskesmas dapat mengelola anggaran BPJS-Kesehatan secara mandiri.

Pengelolaan anggaran BPJS-Kesehatan pada Puskesmas berbeda dengan faskes swasta, hal tersebut disebabkan karena Puskesmas tidak menyandang status sebagai Badan Layanan Umum (BLU) dan Puskesmas berada di bawah koordinasi Dinas Kesehatan. Sehingga penganggaran keuangan harus melalui Dinas Kesehatan, termasuk penganggaran keuangan BPJS-Kesehatan. Hal tersebut menurut peneliti akan membuat Puskesmas tidak akan dapat bergerak dengan leluasa untuk memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien.

Terkait Kebijakan BPJS-Kesehatan, anggaran untuk Puskesmas harus melalui Dinas Kesehatan terlebih dahulu dan setelah itu akan didistribusikan oleh Dinas Kesehatan ke masing-

masing Puskesmas. Hal tersebut yang menjadikan pelayanan Puskesmas kurang dapat berkembang dengan baik, berbeda dengan pelayanan yang diberikan oleh Faskes swasta yang ada. Oleh karena itu peneliti menyarankan agar terdapat payung hukum yang mengatur agar khusus puskesmas dapat mengelola anggaran BPJS-Kesehatan secara mandiri, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

4. Kantor BPJS-Kesehatan harus pro aktif dalam menjaring masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS-Kesehatan.

Selama ini untuk mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan, masyarakat harus mendaftarkan diri terlebih dahulu ke Kantor BPJS-Kesehatan, atau dengan kata lain masyarakat mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS-Kesehatan hanya pada saat mereka sakit. Oleh karena itu agar seluruh masyarakat dapat terdaftar sebagai peserta BPJS-Kesehatan, Kantor BPJS-Kesehatan harus mengubah strategi dengan pro aktif mendatangi masyarakat untuk menjaring masyarakat yang belum terdaftar sebagai peserta BPJS-Kesehatan.

Kantor BPJS-Kesehatan dapat menempatkan personelnnya di Kecamatan-kecamatan ataupun di Kantor Desa, sehingga masyarakat dapat dengan mudah menjangkau dan tidak harus menuju Kantor BPJS-Kesehatan untuk mendaftarkan diri. Jika pendaftaran peserta BPJS-Kesehatan hanya terpusat di Kantor BPJS-Kesehatan maka dikhawatirkan pelayanan yang diberikan tidak akan maksimal, terjadi antrian yang panjang, waktu pelayanan yang lama, dan lain sebagainya. Untuk mengatasi hal tersebut dan untuk dapat menjangkau masyarakat yang berada di pelosok desa, Kantor BPJS-Kesehatan harus bersinergi dengan Kelurahan maupun Desa.

Peneliti berpendapat hal tersebut tidak dapat dihindari karena animo masyarakat terhadap kebijakan ini semakin meningkat. Oleh karena itu Kantor BPJS-Kesehatan harus dapat merespon fenomena ini dengan baik dan tepat.

## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Sesuai dengan hasil analisis di atas, kesimpulan yang dapat peneliti kemukakan adalah sebagai berikut :

- a. Bentuk diskresi pada implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen.

Tidak ditemukan diskresi yang dilakukan oleh birokrat level bawah di Puskesmas Kepanjen, hal tersebut disebabkan karena kuatnya norma profesi yang mereka anut. Selain norma profesi, hal yang menyebabkan tidak terjadinya diskresi pada birokrat level bawah di Puskesmas Kepanjen adalah perbedaan karakteristik pelayanan dibandingkan dengan pelayanan publik yang lain (pelayanan kependudukan, pelayanan perijinan, dan lain sebagainya). Pada pelayanan kesehatan di Puskesmas tidak dibutuhkan alur birokrasi yang berjenjang, selain itu juga tidak diperlukan persyaratan yang banyak, hanya cukup dengan membawa kartu BPJS-Kesehatan.

Pada tingkatan manajerial terjadi perubahan pola komunikasi dan koordinasi antar stakeholder pelaksana Kebijakan BPJS-Kesehatan, yaitu antara Kantor BPJS Malang, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang, dan Puskesmas di Kabupaten Malang. Perubahan pola komunikasi dan koordinasi antara Kantor BPJS Malang dengan Puskesmas se-Kabupaten Malang menjadi koordinatif secara langsung tanpa melalui Dinas Kesehatan Kabupaten Malang terlebih dahulu.

- b. Pengaruh diskresi terhadap implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen

Diskresi yang terjadi secara langsung berpengaruh terhadap berjalannya implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen dengan baik. Tanpa adanya diskresi baik di tingkat kelembagaan dan tingkat birokrat level bawah, masyarakat sebagai pengguna layanan kesehatan tidak akan dapat terlayani dengan baik.



- c. Secara teoritis tidak terbuktinya pola diskresi menurut Michael Lipsky

Secara teoritis pola diskresi yang disampaikan oleh Lipsky tidak terjadi pada Implementasi Kebijakan Publik BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kepanjen, hal tersebut disebabkan karena norma profesi yang berpengaruh kuat terhadap sikap dan perilaku birokrat level bawah dalam menjalankan tugas dan kewajibannya, selain norma profesi faktor lain yang berpengaruh adalah desain pelayanan yang sederhana sehingga tidak memerlukan proses dan birokrasi yang panjang, faktor berikutnya adalah karakteristik dari pelayanan kesehatan yang berbeda dengan pelayanan yang bersifat administratif lainnya seperti pelayanan kependudukan dan pelayanan perijinan.

## 6.2 Saran

Saran yang dapat peneliti sampaikan terkait penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Perubahan sistem kapitasi dalam penyusunan anggaran keuangan Faskes Tingkat Pertama

Hal tersebut bertujuan agar implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan dapat lebih fleksibel, karena selama ini tidak fleksibelnya Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan disebabkan karena sistem kapitasi sebagai acuan penyusunan anggaran keuangan Faskes tingkat pertama. Agar dapat lebih fleksibel, maka harus ada perubahan sistem penganggaran di mana sistem tersebut menggunakan sistem hutang piutang antar Faskes tingkat pertama. Dengan menggunakan sistem ini, peneliti berpendapat dapat memecahkan permasalahan di mana sistem kapitasi justru mengurangi fleksibilitas Faskes tingkat pertama dalam memberikan pelayanan BPJS-Kesehatan kepada peserta.

- b. Pusat data peserta BPJS-Kesehatan yang terpusat dan dapat diakses oleh stakeholder pelaksana Kebijakan BPJS-Kesehatan.

Sistem data yang terpusat berfungsi sebagai penunjang bagi sistem keuangan yang peneliti sarankan di atas. Sistem data tersebut nantinya akan berisi tentang bagaimana status histori pelayanan kesehatan seorang peserta sekaligus berisi tentang jumlah hutang / piutang yang dimiliki oleh Faskes tingkat pertama terhadap Faskes tingkat pertama yang lain, akibat dari peserta BPJS-Kesehatan yang

mendapatkan pelayanan BPJS-Kesehatan bukan di Faskes tingkat pertama yang terdaftar. Pusat data tersebut juga dapat diakses oleh pihak-pihak yang terkait dengan Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan. Tujuan lain dari penggunaan sistem data ini adalah mudahnya setiap pihak terkait untuk melakukan kontrol terhadap Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan dan tercipta transparansi data dan anggaran.

- c. Adanya payung hukum yang mengatur agar Puskesmas dapat mengelola anggaran BPJS-Kesehatan secara mandiri.

Permasalahan lain yang dihadapi oleh Faskes Tingkat Pertama yaitu Puskesmas, adalah sistem keuangan yang terintegrasi dengan sistem keuangan daerah. Hal tersebut menyebabkan adanya anggaran yang seharusnya diterima oleh Puskesmas secara langsung, namun dengan sistem keuangan daerah maka anggaran BPJS-Kesehatan yang di terima tidak dapat dipergunakan secara langsung, anggaran tersebut harus melalui Dinas Kesehatan terlebih dahulu, sedangkan kebutuhan anggaran cukup mendesak. Oleh karena itu peneliti menyarankan agar diterbitkan sebuah landasan hukum yang mengatur agar Puskesmas dapat mengelola anggaran BPJS-Kesehatan secara mandiri agar dapat meningkatkan kinerja dan kualitas pelayanan BPJS-Kesehatan oleh Puskesmas.

- d. Perlu dilakukan penelitian terkait diskresi dalam implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan menyeluruh di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama baik di Puskesmas maupun klinik swasta.

Penelitian menyeluruh tersebut dilakukan bertujuan agar didapatkan gambaran secara menyeluruh terkait adanya diskresi dalam Implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Kabupaten Malang. Seperti diketahui, implementasi Kebijakan BPJS-Kesehatan di Puskesmas Kabupaten Malang dapat menerima pasien peserta BPJS-Kesehatan yang tidak terdaftar di Puskesmas tersebut karena adanya Peraturan Bupati Kabupaten Malang yang menggratiskan biaya pelayanan kesehatan di Puskesmas. Tentunya hal tersebut tidak berlaku di klinik swasta, hal tersebut merupakan fenomena yang menarik untuk dikaji. Bagaimana klinik swasta dalam menyikapi hal tersebut, apakah terdapat

diskresi yang terjadi? jika terdapat adanya diskresi, apakah diskresi tersebut menguntungkan masyarakat? atau justru merugikan masyarakat?



## DAFTAR PUSTAKA

- Aaron, Thomas J. 1964. *The Control of policy discretion*. Springfield Charles C. Thomas Co.
- Agustino, Leo. 2006. *Dasar-dasar Kebijakan Publik*. Bandung : CV Alfabeta
- Brehm, J. dan Gates, S. 1997. *Working, Shirking, and Sabotage: Bureaucratic Response to a Democratic Public*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Brockmann, J. (2015). *Unbureaucratic Behavior among Street-Level Bureaucrats The Case of the German State Police. Review of Public Personnel Administration*, 0734371X15593990.
- Creswell, John W. 2009. *Research Design : Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. California : Sage Publication Inc
- David, K.C. 1969. *Discretionary Justice*. Greenwood Press. Westport, CT. Canada
- Edward III, George C. 1984. *Public Policy Implementing*. Jal Press Inc. London-England
- Hamidi, Jazim. 1999. *Penerapan asas-asas umum penyelenggaraan pemerintahan yang layak (AAUPL) di lingkungan peradilan administrasi Indonesia*. Citra Aditya Bakti. Bandung
- Hill, M. and Bramley, G. 1986. *Analysing Social Policy*. New York, NY: Blackwell
- Irsan, Koesparmono. 1999. *Tinjauan Tentang Kitab Undang-undang hukum pidana*. Ubhara. Jakarta
- Islamy, M. Irfan. 2004. *Prinsip-prinsip Perumusan Kebijaksanaan Negara*. Jakarta : Bumi Aksara.
- La Fave, W. 1965. *Arrest : The Decision to take a suspect into custody*. Little Brown. Boston
- Lester, James P dan Stewart, Joseph Jr. 2000. *Public Policy : an Evolutionary Approach*. Belmont : Wadsworth.
- Lipsky, Michael. 1980. *Street Level Bureaucracy, Dilemmas of The Individual In Public Services*. New York : Russel Sage Foundation
- Marzuki, Laica. 1996. *Kebijakan yang diperjanjikan (Beleidsvereenkornst) : makalah pada penataran nasional hukum acara dan hukum administrasi negara*. Fakultas Hukum Universitas Hasanudin. Ujung Pandang

- Mastrofski, S. D. (2004). *Controlling street-level police discretion*. The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 593(1), 100-118.
- Meyers, Marcia K dan Vorsangers, Susan. 2012. *Handbook of Public Administration*, London: SAGE Publications Ltd.
- Muchsan. 1982. *Pengantar Hukum Administrasi Negara Indonesia*. Liberty. Yogyakarta
- Narbuko, Cholid & Acyadi, Abu. 2003. *Metodologi Penelitian*. Jakarta : PT Bumi Aksara
- Nugroho, Riant. 2004. *Kebijakan Publik : Formulasi, Implementasi, dan Evaluasi*. Jakarta : Media Elex Computindo.
- Nugroho, Riant. 2006. *Kebijakan Publik untuk Negara-negara Berkembang (Model-model Perumusan Implementasi dan Evaluasi)*. Jakarta : PT. Elex Media Komputindo.
- Nugroho, Riant. 2008. *Public Policy*. Jakarta: Alex Media Komputindo
- Patton, CV & Sawicki, DS. 1987. *Basic Methods o Policy Analysis & Planning*. New Jersey : Pretince-Hall
- Peters, B. G., & Pierre, J. (Eds.). (2012). *The SAGE Handbook of Public Administration*. London: SAGE Publications Ltd.
- Pressman, J.L dan Wildavsky, Aaron. 1984. *Implementation*. California : University of California Press and Los Angles.
- Ripley, Ronald B dan Franklin, Grace. 1986. *Policy Implementation Bureaucracy*. Chicago : Dorsey Press
- Scholz, J.T. Twombly, J. Headrick, B. 1991. *Street-Level Political Controls Over Federal Bureaucracy* : American Political Science Review.
- Smith, Steven Rathgeb. 2012. *Handbook of Public Administration*.
- Subagyo, Joko. 1999. *Metode Penelitian : Teori dan Praktik*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Subarsono. (2005). *Analisis Kebijakan Publik Konsep, Teori dan Aplikasi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Suwitri, Sri, 2008, *Konsep Dasar Kebijakan Publik*, Semarang: Universitas Diponegoro
- Tahjan, H. 2008. *Implementasi Kebijakan Publik*. Bandung : RTH



- Taylor, I. (2007). Discretion and Control in Education The Teacher as Street-level Bureaucrat. *Educational Management Administration & Leadership*, 35(4), 555-572.
- Vinzant, J.C. and Crothers, L. 1998. *Street-Level Leadership: Discretion and Legitimacy in Front-Line Public Service*. Washington, DC: Georgetown University Press
- Wahab, Solikin Abdul. 2005. *Analisis Kebijakan : dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta : PT. Bumi Aksara
- Wahab, S. Abdul. 2008. *Pengantar Analisis Kebijakan Publik*. Malang : Universitas Muhammadiyah Malang Press.
- Widaningrum. A. 2007. *Street level bureaucracy: dilemmas of providers in health Centres*. Department of Public Administration, Faculty of Social and Political Sciences Gadjah Mada University
- Wilson, James Q. 2009. *Power discretion and vulnerability in The Corporate / Commercial context*. Kim Brooks UBC Press. Canada
- Winarno, Budi. 2002. *Teori dan Proses Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Media Presindo

